|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | | | |
| **ONOMA ΠΑΤΕΡΑ** | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** | |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ** | | | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | | | |
| **ΒΑΡΟΣ** | | **ΥΨΟΣ** | |
| **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ** (που μπορεί να σχετίζεται με την υγεία του παιδιού) | | | |
| **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ** ( αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η έκθεση του ειδικού.) | | | |
| **ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ ΦΑΡΜΑΚΑ** | | | |
| **ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD** | | | |
| **ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ** (πυρετικοί ή απύρετοι) | | | |
| **ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ** | | | |
| **ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ** | | | |
| **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα** | **Κ.Φ** | | **Παθολογικά ευρήματα** |
| Επισκόπηση, δέρμα |  | |  |
| Οφθαλμοί |  | |  |
| Στοματική κοιλότητα/δόντια |  | |  |
| Αναπνευστικό σύστημα |  | |  |
| Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες (\*αν έχει γίνει U/S καρδιάς να αναφερθεί) |  | |  |
| Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα |  | |  |
| Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση |  | |  |
| **ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ** Ο/Η ……………………………..…………………………………………. είναι πλήρως εµβολιασµένος/η για την ηλικία του σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. ( Επισυνάπτεται φωτοτυπία της σελίδας των εμβολίων του βιβλιαρίου υγείας µε σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου. ) | | | |
| **ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** | | | |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ** | | | |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ** | | | |