ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον/την παιδίατρο)

* Ονοματεπώνυμο :………………………………………………………………………..
* Ημερομηνία γέννησης:………………………………………………………………….
* Βάρος σώματος :………………………………………………………………………….
* Χρόνιο νόσημα:……………………………………………………………………………
* Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα,τροφές κ.λ.π.): ………………………………………………………………………………………….........

………………………………………………………………………………………………….

* Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ ΟΧΙ

Πρόσφατη φυματινοαντίδραση (mantoux):…………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

Άλλες παρατηρήσεις:…………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………......

Βεβαιώνεται ότι:

ο/η………………………………………………… είναι κλινικά και πνευματικά υγιής. Δεν πάσχει από λοιμώξεις ή μεταδοτικό νόσημα. Έχει κάνει τους προβλεπόμενους εμβολιασμούς για την ηλικία του/της και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό/Παιδικό Σταθμό.

Ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή-σφραγίδα)