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)