**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

( Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | |
| Βάρος σώματος: |  | | | |
| Χρόνιο Νόσημα |  | | | |
| Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.τ.λ.): |  | | | |
| Ανάπτυξη: |  | | | |
|  | | | |
| Εξέταση κατά συστήματα: |  | | | |
|  | | | |
| Έλλειψη G6PD: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Επεισόδιο σπασμών : | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Εάν ναι, αιτία: |  | |  | |
| Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει: |  | |  | |
| Άλλες παρατηρήσεις : |  | |  | |
| Είναι πλήρως εμβολισμένο: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Αποτέλεσμα φυματιωοαντίδρασης  ( Mantoux) όπως κάθε φορά προβλέπεται από το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών |  | | | |

Ημερομηνία \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

\*Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας καθώς και η σελίδα με τα στοιχεία του παιδιού.