

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

	Όνοματεπώνυμο				
	Ημερομηνία γέννησης				
	Βάρος σώματος				
	Χρόνιο νόσημα				
	Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κτλ)				
	Ανάπτυξη				
	Εξέταση κατά συστήματα				
	Έλλειψη G6PD	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Επεισόδια σπασμών	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Εάν ναι, αιτία				
	Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει				
	Άλλες παρατηρήσεις				
	Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Εάν όχι, αιτία				
	Φυματοντίδραση Mantoux	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Εάν όχι, αιτία				

Ο / Η _____ μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ημερομηνία ____ / ____ / ____

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

* Επιπλέον, για τα **ΕΜΒΟΛΙΑ**, θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας (σε φωτοτυπία)