ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ
 (Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

Ονοματεπώνυμο : -----------------------------------------------------------------------------------

Ημερομηνία γέννησης :----------------------------------------------------------------------------

1. Χρόνιο νόσημα : --------------------------------------------------------------------------------
2. Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λ.π.) : ----------------------------------
3. Έλλειψη G6PD ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Επεισόδιο σπασμών ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ναι, αιτία:------------------------------------------------------------------------------------
5. Φυματινοαντίδραση MANTOUX ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΘΕΤΙΚΗ
6. Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
7. Άλλες παρατηρήσεις : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………………..είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφικό-παιδικό σταθμό / παιδικό κέντρο και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή - σφραγίδα)

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα **√** τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | **4Η ΔΟΣΗ** | **5Η ΔΟΣΗ** |
| ΔιφθερίτιδαςΤετάνουΚοκκύτη(DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιομυελίτιδας(Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιμόφιλου της ινφλουέντζας(Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β(HepB) |  |  |  |  |  |
| ΙλαράςΕρυθράςΠαρωτίτιδας(MMR) |  |  |  |  |  |
| Φυματική Δοκιμασία(Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυματίωσης(BCG) |  |  |  |  |  |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Πνευμονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεμοβλογιάς |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |  |  |  |
| Λοιποί εμβολιασμοί |  |  |  |  |  |

Ονοματεπώνυμο παιδιού:……………………………………...

Ημερομηνία …………/…………/**202..**  Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ