**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)**

**Ονοματεπώνυμο:** …..……………………………………………………………...................................................

**Ημερομηνία γέννησης:** ………………………………………………………………………………………………………….

**Βάρος σώματος:** …...………………………………………………………………............. …………………………………

**Χρόνιο νόσημα** (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΣΘΕΝΕΙΑ**  | **«Χ»**  | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**  |
| Βρογχικό άσθμα |  |  |
| Επιληψία |  |  |
| Πυρετικοί σπασμοί |  |  |
| Άλλη ασθένεια |  |  |

**Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.**): …………………………………………...………………..

**Έλλειψη G6PD**: ΝΑΙ / ΟΧΙ (Διαγράψτε αναλόγως)

**Περιγεννητικό ιστορικό**: ……………………………………………………………………………………………………….

**Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη**:………………………………………………………….………………………….….

**Κινητική ανάπτυξη**: …………………………………………………………………………………………………………...…

**Ομιλία**: ………………………………………………………………………………………………………………………….….…..

**Χρόνια λήψη φαρμάκων**: ……………………………………………………………………………………………….…….

Βεβαιώνεται ότι ο / η …………………………………………………………………………………………………………....

του ………………………………………………… είναι πλήρως εμβολιασμένος /εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε ΚΔΑΠ.

Κομοτηνή…./…./2024

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)