



Φωτογραφία παιδιού

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

**(Απολύτως εμπιστευτικό - Παρακαλούμε να συμπληρωθεί σχολαστικά από τον οικογενειακό σας ή άλλο γιατρό)**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ :

---

1. Σωματικό βάρος (κατά προσέγγιση) : \_\_\_\_\_ kg
2. Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά)  ναι  όχι έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο  ναι  όχι
3. Έχει παρουσιάσει ποτέ κάτι από τα ακόλουθα :
  - Σπαστική βρογχίτιδα
  - Βρογχικό άσθμα
  - Σπασμούς  Τι είδους - αιτιολογία : \_\_\_\_\_
  - Επιληπτική συνδρομή
  - Αλλεργία  Τι είδους και σε τι : \_\_\_\_\_
  - Λιποθυμικές κρίσεις  Αιτιολογία : \_\_\_\_\_
  - Ρινικές παθήσεις
  - Παθήσεις αυτιών
4. Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15 λεπτά)  ναι  όχι  
Εάν όχι, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια : \_\_\_\_\_
6. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες :  
Ιλαρά  Ερυθρά  Παρωτίτιδα  Οστρακιά  Ανεμοβλογιά  Κοκκύτης   
Άλλες σημαντικές ασθένειες : \_\_\_\_\_
7. Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση :  ναι  όχι
8. Υπνοβατεί :  ποτέ  μερικές φορές  συχνά
9. Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική θεραπεία :  ναι  όχι  
αιτία : \_\_\_\_\_  
είδος φαρμάκων : \_\_\_\_\_  
δοσολογία : \_\_\_\_\_ έναρξη της Θεραπείας : \_\_\_\_\_  
Ιατρός που σύστησε τη Θεραπεία : \_\_\_\_\_ τηλ. : \_\_\_\_\_
10. Έχει ευαισθησία στον ήλιο :  ναι  όχι
11. Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD :  ναι  όχι

**Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο :**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_

Διεύθυνση : \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο : \_\_\_\_\_

Σχέση με το παιδί : \_\_\_\_\_

Ημερομηνία : \_\_\_\_\_

Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα :  
\_\_\_\_\_