

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ ετ. 2024-2025
(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ :		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:	
ΒΑΡΟΣ :	ΥΨΟΣ:	
ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η έκθεση του ειδικού) :		
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ΦΑΡΜΑΚΑ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν ναι σε ποια:		
ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD: : ΝΑΙ / ΟΧΙ		
ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ (πυρετικοί ή απύρετοι): : ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν ναι, αιτία:		
ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ		
ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ		
Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών : ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν όχι, αιτιολογία:		
Πρόσφατη φυματοαντίδραση Mantoux: ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν όχι, αιτιολογία:		
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα	Κ.Φ	Παθολογικά ευρήματα
Επισκόπηση, δέρμα		
Οφθαλμοί		
Στοματική κοιλότητα/δόντια		
Αναπνευστικό σύστημα		
Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες (*αν έχει γίνει U/S καρδιάς να αναφερθεί)		
Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα		
Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση		

___/___/2024

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ ετ. 2024-2025
(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Ο/Η μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό/Παιδικό
Σταθμό.

(Επισυνάπτεται φωτοτυπία της σελίδας των εμβολίων του βιβλιαρίου υγείας με σφραγίδα και υπογραφή του
Παιδιάτρου)

ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ημερομηνία/...../.....

___/___/2024

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ