|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ :** | | | |
| **ONOMA ΠΑΤΕΡΑ:** | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:** | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** | | **ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:** | |
| **ΒΑΡΟΣ :** | | **ΥΨΟΣ:** | |
| **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ** (αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο να επισυναφθεί 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 |  | |  |
| Ο/Η ……………………………..…………………………………………. είναι πλήρως εμβολιασμένος/η για την ηλικία του, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και µπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό/Παιδικό Σταθμό. | | | |
| **ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** | | | |
|  | | | |

**Ημερομηνία ……../……../………..**

*Υπογραφή – Σφραγίδα*

*Παιδίατρου*