|  |
| --- |
| **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*