**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙ∆ΙΟΥ**

(*Να συµπληρωθεί από Παιδίατρο*)

* **Ονοµατεπώνυµο** :
* **Ηµεροµηνία γέννησης**
* **Χρόνιο νόσηµα** :
* **Αλλεργικές εκδηλώσεις** (Φάρµακα, τροφές κ.λπ.)
* **Ανάπτυξη**
* Εξέταση κατά συστήµατα:
* Προβλήματα συμπεριφοράς (διαταραχές ύπνου, ενούρηση)
* Μετά από άσκηση (λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, εύκολη κόπωση)

Έλλειψη G6PD ΝΑΙ ΟΧΙ

Επεισόδιο σπαστών ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, αιτία:

* **Υπάρχουν φάρµακα που δεν πρέπει να παίρνει**
* **Άλλες παρατηρήσεις :**

Ο / Η είναι πλήρως

εμβολιασμένος/η, για την ηλικία του και υγιής.

Μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφονηπιακό-παιδικό σταθμό, και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ.μουσικοκινητική,γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία / /2025

Ο ΠΑΙ∆ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή - σφραγίδα)

\*Εµβόλια : (Φωτοτυπία σελ. Βιβλιαρίου Υγείας.)

**Σηµείωση:**

**Σε περίπτωση που εντοπίζεται απόκλιση (σωµατική ή ψυχική) το παιδί παραπέμπεται σε ανάλογο ΚΡΑΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ, για γνωμάτευση σχετικά µε τη δυνατότητα φιλοξενίας ή µη σε παι δικό σταθµό .**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

**Ονοµατεπώνυµο** :

|  |
| --- |
|  |

**Ηµεροµηνία γέννησης**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα √ τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | | | **4Η ΔΟΣΗ** | | **5Η ΔΟΣΗ** | |
| **Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη**  **(DTP ή DTaP)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Πολιομυελίτιδας (Polio)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Ηib)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Ηπατίτιδας Β (HepB)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Ιλαράς Ερυθράς**  **Παρωτίτιδας (MMR)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Φυματική Δοκιμασία**  **(Mantoux)** |  |  |  | | |  | |  | |
| **Φυματίωσης (BCG)** |  |  |  | |  | | | |  |
| **Μηνιγγιτιδόκοκκου** |  |  |  |  | | | | |  |
| **Πνευμονιόκοκκου** |  |  |  |  | | | |  | |
| **Ανεμοβλογιάς** |  |  |  | |  | |  | | |
| **Ηπατίτιδας Α** |  |  |  | |  | |  | | |
| **Λοιποί**  **εμβολιασμοί** |  |  |  |  | | | |  | |

**Ημερομηνία** ………….…/……….… / **2025**

**Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**

**υπογραφή – σφραγίδα**