

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης:

Βάρος σώματος:

Χρόνιο νόσημα (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	«Χ»	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Βρογχικό άσθμα		
Επιληψία		
Πυρετικοί σπασμοί		
Άλλη ασθένεια		

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):

Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ / ΟΧΙ (Διαγράψτε αναλόγως)

Περιγεννητικό ιστορικό:

Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη:.....

Κινητική ανάπτυξη:

Ομιλία:

Χρόνια λήψη φαρμάκων:

Βεβαιώνεται ότι ο / η

του είναι πλήρως εμβολιασμένος /εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Κομοτηνή..../..../2023

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)