



## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ: 2021\_

ΠΑΡΑΛΗΦΘΗΚΕ:

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα πατέρα:

Όνομα μητέρας:

Ημ/νία Γεννήσεως:

Ομάδα Αίματος :

Βάρος:

Έχει ασθενήσει από:

Ιλαρά:

Οστρακιά:

Ανεμοβλογιά:

Ερυθρά:

Παρωτίτιδα (μαγουλάδες):

Κοκκύτη:

Έχει υποστεί:

Αντιτετανικό εμβόλιο:

Εάν ναι, πότε:

Έχει κάνει φυματινοαντίδραση (Mantoux);

Θετική

Αρνητική

Γνωρίζει κολύμπι:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παρουσιάζει αλλεργία σε κάτι (όπως: τρόφιμα, ζώα, φάρμακο κτλ):

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε:

Υπάρχουν προβλήματα στον ύπνο (αϋπνίες, νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, κτλ):

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε:

Υπάρχουν πρόσφατα τραύματα, κατάγματα, χειρουργικές επεμβάσεις:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε:

Πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση (ποια):

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε:

Έχει περάσει κάποια σημαντική ασθένεια:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παρακαλώ εξηγήστε (ποια και πότε):

Επιληπτικό Σύνδρομο:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ρινορραγία:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Υπάρχει έλλειψη του ενζύμου G6PD:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε:

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΚΑΠΟΙΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ: θα πρέπει να το συσκευάσετε ξεχωριστά, να επισυνάψετε οδηγίες χρήσης και να το παραδώσετε στον Γιατρό του Προγράμματος

Άλλες πληροφορίες σχετικά με την υγεία του παιδιού σας:

Όνοματεπώνυμο και τηλ. επικοινωνίας του Παιδιάτρου:

**ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΡΩΝ ΕΝΤΥΠΟ, ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΤΟ ΠΛΗΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΟΤΙ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΟΥΔΕΝ ΑΛΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ**

Υπογραφή  
γονέα ή κηδεμόνα:Υπογραφή  
ΓΙΑΤΡΟΥ:

Ημ/νία: