

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

Βάρος σώματος:.....

Χρόνιο νόσημα:.....

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

.....

Ανάπτυξη:.....

Εξέταση κατά συστήματα:.....

.....

Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ ΟΧΙ

Επεισόδιο σπασμών: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, αιτία:.....

Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει:.....

.....

Δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα.....

Άλλες παρατηρήσεις:.....

Ο/Η..... είναι πλήρως εμβολιασμένος/η και
μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό

Ημερομηνία ____/____/____

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή σφραγίδα)