|  |
| --- |
| **ΙΑΤΡΙΚΗ BΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ & ΝΗΠΙΩΝ**  **(συμπληρώνεται από τον Παιδίατρο)** |



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ……………………………………………………………………………………………………………………………………

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Σημειώστε με Χ σε καταφατικές περιπτώσεις :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Αλλεργία σε (φάρμακα , τροφές κλπ) |  |  |
| Σπαστική βρογχίτις – βρογχικό άσθμα |  |  |
| Πυρετικοί σπασμοί |  |  |
| ‘Έλλειψη ενζύμου |  |  |
| Χειρουργικές επεμβάσεις |  |  |

1. Άλλα Νοσήματα…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Πάσχει από χρόνιο νόσημα (κληρονομικό , γονιδιακό κλπ)…………………………………………………………………………………..
3. Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή και ποια …………………………………………………………………………………………………………..
4. Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία)………………………………………………………………………………………….
5. **Ειδικές περιπτώσεις** …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
6. Είναι πλήρως εμβολιασμένο;………………………………………………………………………………………………………………………………..
7. Το παιδί μπορεί να ενταχθεί στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού.

( Ονοματεπώνυμο , ημερομηνία, σφραγίδα και τηλέφωνο Παιδιάτρου )

\*Επιπλέον για τα **εμβόλια** θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού.