

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από Ιατρό)

Όνοματεπώνυμο				
Ημερομηνία γέννησης				
Βάρος σώματος				
Χρόνιο νόσημα				
Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κτλ)				
Ανάπτυξη				
Εξέταση κατά συστήματα				
Έλλειψη G6PD	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Επεισόδια σπασμών	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Εάν ναι, απία				
Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει				
Άλλες παρατηρήσεις				
Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Εάν όχι, απία				
Φυματοντίδραση Μαντουχ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Εάν όχι, απία				

Ο / Η _____ μπορεί να φιλοξενηθεί στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών

Ημερομηνία ___/___/___

Ο / Η ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

* Επιπλέον, για τα **ΕΜΒΟΛΙΑ**, θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας (σε φωτοτυπία)