

**ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ**  
**ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ**

Όνοματεπώνυμο παιδιού						
Ημερομηνία Γέννησης		Βάρος		Ύψος		
Χρόνιο Νόσημα	<u>Αγωγή που παίρνει σε καθημερινή βάση:</u>					
Χειρουργική Επέμβαση						
Αλλεργικές εκδηλώσεις	<u>Τροφές που απαγορεύονται:</u>					
Έλεγχος mantoux	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία:	Αποτέλεσμα:		Αν <b>ΘΕΤΙΚΟ</b> εξηγήστε:
				Θετικό <input type="checkbox"/>	Αρνητικό <input type="checkbox"/>	
Ανάπτυξη (Λόγου, Συμπεριφοράς, Κίνησης, Αυτιστικά Στοιχεία) Σημειώστε:						
Εξέταση κατά Συστήματα Σημειώστε:						
Έλλειψη G6PD	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>				
Επεισόδιο Σπασμών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<u>Εάν ΝΑΙ σημειώστε:</u>			
Καρδιολογικός Έλεγχος	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<u>Σημειώστε ευρήματα:</u>			
Υπάρχουν Φάρμακα που δεν μπορεί να παίρνει;						
Άλλες Παρατηρήσεις – Κάτι που κρίνετε ότι πρέπει να γνωρίζουν οι παιδαγωγοί του Σταθμού:						
Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<u>Εάν ΟΧΙ εξηγήστε γιατί:</u>			
<p>O / Η _____ του _____ μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό, Βρεφικό, Παιδικό Σταθμό του Δήμου Νέας Σμύρνης.</p>						

Ημερομηνία Εξέτασης \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Στοιχεία Ιατρού (Υπογραφή – Σφραγίδα)

**\*Για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται σε φωτοτυπίες οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου, καθώς και η πρώτη σελίδα με τα στοιχεία του παιδιού.**