

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ___/___/_____

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ___/___/_____

A/A	ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΥΡΗΜΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ
1.	Χρόνια Νοσήματα			
2.	Λοιμώδη Νοσήματα			
3.	Αλλεργία			
4.	Νοσηλεία			
5.	Χειρουργικές Επεμβάσεις			
6.	Προβλήματα Συμπεριφοράς (διαταραχές ύπνου, ενούρηση)			
7.	Μετά από άσκηση (λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, εύκολη κόπωση)			
	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ			
1.	Ύψος			
2.	Βάρος			
3.	Δέρμα			
4.	Σκελετός (σκολίωση, κύφωση, άλλα)			
5.	Οπτική Οξύτητα Δεξιό μάτι, Αριστερό μάτι, Στραβισμός, Αχρωματοψία			
6.	Ακοή			
7.	Δόντια			
8.	Κυκλοφορικό Αρτηριακή πίεση, ψηλάφηση μηριαίων, φυσήματα			
9.	Γεννητικά όργανα			
10.	Άλλα ευρήματα			

11. Μπορεί να πάρει μέρος σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες; Ναι..... Όχι.....

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο του παιδιού με ένα V τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.					
ΕΜΒΟΛΙΑ	1η ΔΟΣΗ	2η ΔΟΣΗ	3η ΔΟΣΗ	4η ΔΟΣΗ	5η ΔΟΣΗ
Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη (DTP ή DTaP)					
Πολιομυελίτιδας (Polio)					
Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Hib)					
Ηπατίτιδας Β (HepB)					
Ιλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας (MMR)					
Φυματική Δοκιμασία (Mantoux)					
Φυματίωσης (BCG)					
Μηνιγγιτιδόκοκκου					
Πνευμονιόκοκκου					
Ανεμοβλογιάς					
Ηπατίτιδας Α					

Υπογραφή & Σφραγίδα Παιδίατρου