

ΔΕΛΤΙΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επώνυμο/Όνομα Παιδιού:

Επώνυμο/Όνομα Γονέα:.....

1. Έχει παρουσιάσει το παιδί κάτι από τα ακόλουθα:

- ❖ Σπαστική βρογχίτιδα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- ❖ Βρογχικό άσθμα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- ❖ Σπασμούς **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
(αν ΝΑΙ τι είδους;)
- ❖ Αλλεργία **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
(αν ΝΑΙ τι είδους;)
- ❖ Λιποθυμικές κρίσεις **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
(αν ΝΑΙ, ποιας αιτιολογίας;).....

2. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15'); **ΝΑΙ **ΟΧΙ****
Εάν ΟΧΙ υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποιά;.....

3. Ομάδα αίματος του παιδιού:

4. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες αρρώστιες:
Ιλαρά , Ερυθρά , Παρωτίτιδα , Οστρακιά , Ανεμοβλογιά , Κοκκύτη

5. Έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο:
ΝΑΙ Πότε;..... **ΟΧΙ**

6. Βρίσκετε τώρα υπο φαρμακευτική αγωγή; **ΝΑΙ **ΟΧΙ****
Εάν ΝΑΙ ποια αιτία.....
Ποια φάρμακα.....
Δοσολογία.....
Όνομα και τηλέφωνο γιατρού που σύστησε τα φάρμακα

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητικές και κολυμβητικές δραστηριότητες, στο ημερήσιο πρόγραμμα αθλητικής απασχόλησης του ΔΗΜΟΥ ΦΙΛΟΘΕΗΣ-ΨΥΧΙΚΟΥ και της ΔΗ.Κ.Ε.ΦΙ.Ψ.

Ο ΙΑΤΡΟΣ// 2018

(Υπογραφή και σφραγίδα)

f