



ΠΡΩΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑ
ΔΗΜΟΥ ΔΙΟΝΥΣΟΥ
« Η ΕΣΤΙΑ »

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Ονοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης:/...../.....

Α.Μ.Κ.Α. ΠΑΙΔΙΟΥ :.....

Βάρος σώματος:.....

Χρόνιο νόσημα (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Βρογχ. Άσθμα		
Επιληψία		
Πυρετικοί Σπασμοί		
Άλλη ασθένεια		

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):.....

Σε περίπτωση αλλεργίας, υπάρχει για το παιδί πρωτόκολλο χορήγησης αδρεναλίνης: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έλλειψη G6PD: / (Διαγράψτε αναλόγως) ΝΑΙ...☐.....ΟΧΙ...☐.....

Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; ...ΝΑΙ...☐.....ΟΧΙ...☐.....

Έλεγχος σφικτήρων ΝΑΙ...☐.....ΟΧΙ...☐.....

Περιγεννητικό ιστορικό:.....

Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη:.....

Κινητική ανάπτυξη:.....

Ομιλία:.....

Υπάρχει κάποια διάγνωση που να αφορά οποιοδήποτε τομέα ανάπτυξης του παιδιού ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Χρόνια λήψη φαρμάκων:.....

Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία).....

Άλλες παρατηρήσεις :.....

Βεβαιώνεται ότι ο / η.....του.....
είναι πλήρως εμβολιασμένος / εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία...../...../.....2025...

(υπογραφή – σφραγίδα)

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