

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΙΔΙΚΟΥΣ, ΒΡΕΦΙΚΟΥΣ
ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ
ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ-ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ**
(συμπληρώνεται από τον Παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

1. Περιγεννητικό ιστορικό: _____

2. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώσατε με Χ το ανάλογο τετράγωνο:

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Ιλαρά			Αλλεργία & που		
Ερυθρά			Σπαστική βρογχίτις		
Παρωτίτιδα			Επιληψία		
Ανεμοβλογιά			Πυρετικοί σπασμοί		
Οστρακιά			Έλλειψη Ενζύμου		

3. Πάσχει από νοσήματα οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά κτλ:

4. Κάθε είδους ιδιαιτερότητες που χρήζουν ειδική αντιμετώπιση:

5. Χειρουργικές επεμβάσεις:

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα και ποια:

7. Εμβολιασμός

Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;	☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ	Εάν όχι, αιτιολογία: _____
Αποτελέσματα δερματοαντίδρασης Mantoux; (σύμφωνα με τη νέα εγκύκλιο του Υπουργείου υγείας)	☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ	Εάν όχι, αιτιολογία: _____ _____ _____ (Η συμπλήρωση είναι απαραίτητη)

(Απαραίτητο το φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού με τα σχετικά εμβόλια που έχουν πραγματοποιηθεί με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου στην αντίστοιχη σειρά δόσης εμβολίου).

8. Ψυχοκινητική Ανάπτυξη

Κατηγορία	Φυσιολογική βάσει ηλικίας	Ήπιες δυσκολίες	Σημαντικές δυσκολίες	Παραπομπή σε ειδικό
Αδρή Κινητικότητα	☐	☐	☐	☐
Λεπτή Κινητικότητα	☐	☐	☐	☐
Γλωσσική Ανάπτυξη	☐	☐	☐	☐
Κοινωνική & Συναισθηματική Ανάπτυξη	☐	☐	☐	☐
Γνωστική Ανάπτυξη	☐	☐	☐	☐

Σε περίπτωση παραπομπής σε ειδικό είναι απαραίτητο το πιστοποιητικό να συνοδεύεται από έκθεση ειδικού (Αναπτυξιολόγου, Ψυχολόγου, Λογοθεραπευτή, Φυσικοθεραπευτή).

Ο/Η _____ μπορεί να ενταχθεί

στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Π.Σ.

(Ονοματεπώνυμο, ημερομηνία, σφραγίδα και τηλέφωνα Παιδιάτρου)