

Όνοματεπώνυμο		
Ημερομηνία γέννησης		
<p>Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση και σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν τον Σταθμό Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.</p>		
<p align="center">ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ</p> <p>Σημειώνονται με σκοπό τη στήριξη του παιδιού στο Σταθμό και με τελική απόφαση του/της ιατρού, ύστερα από συνεννόηση με γονέα/κηδεμόνα. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το παιδί σε κίνδυνο.(π.χ. χρόνια/λοιμώδη νοσήματα, αλλεργικές εκδηλώσεις σε φάρμακα/τροφές, έλλειψη G6PD, επεισόδια σπασμών, συμπτώματα στην άσκηση, Νοσηλείες/ Χειρουργικές Επεμβάσεις/Χρόνια Φαρμακευτική Αγωγή, διαταραχές Ψυχοκινητικής Ανάπτυξης/Ομιλίας, συμπεριφοράς κ.α.)</p>		
<p align="center">Εμβολιασμοί (Συμπληρώνεται ο αριθμός δόσεων έως την ημέρα εξέτασης)</p>		
DTaP:	MMR:	Δοκιμασία Mantoux:
IPV:	VAR:	Ημ/νία:
Hib:	HepA:	Αποτέλεσμα:
HepB:	Rota:	BCG:
PCV:	Influenza:	(Μόνο για τις ομάδες πληθυσμού που απαιτείται απο το πρόγραμμα εμβολιασμών)
MenC:	MenB:	
Παρατηρήσεις/ εκκρεμότητες εμβολιασμού		
<p>Το παιδί μπορεί να φιλοξενηθεί στον παιδικό σταθμό ΝΑΙ..... ΟΧΙ....</p>		

Ημερομηνία / / 202....

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή- σφραγίδα)

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΜΗΝΑΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ			
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ			
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ			
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ			
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ			
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ			
ΜΑΡΤΙΟΣ			
ΑΠΡΙΛΙΟΣ			
ΜΑΙΟΣ			
ΙΟΥΝΙΟΣ			
ΙΟΥΛΙΟΣ			