# ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ



*(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)*

***(Την αποστέλλετε στο e-mail kataskinosi@dad.gr)***

***Φωτογραφία παιδιού***

**Ονοματεπώνυμο**

**Ημερομηνία γέννησης**

**....... / ...... / ….....**

**ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:**

**(κατά προσέγγιση)**

**…… Kg**

Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση και

σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν την κατασκήνωση Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ

Σημειώνονται με σκοπό τη στήριξη του παιδιού στην Κατασκήνωση και με 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Χρόνια/λοιμώδη νοσήματα: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Διαταραχές Ψυχοκινητικής Ανάπτυξης/ |  |
| Αλλεργικές εκδηλώσεις σε φάρμακα/ |  |  | Ομιλίας/ συμπεριφοράς: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| τροφές/δήγματα εντόμων: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Νυκτερινή ενούρηση: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Έλλειψη G6PD: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Υπνοβασία: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Επεισόδια σπασμών: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Συχνές ρινορραγίες: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Συμπτώματα στην άσκηση: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Επίμονες αιμορραγίες (>15min) |  |  |
| Λιποθυμικά επεισόδια: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | σε μικροτραυματισμούς | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Νοσηλείες & Χειρ/γικές Επεμβάσεις: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Ωτικές παθήσεις: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Χρόνια Φαρμακευτική Αγωγή : | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** | Φωτοευαισθησία: | **ΝΑΙ….** | **ΟΧΙ…** |
| Αν ΝΑΙ, παρακαλώ εξηγήστε αναλυτικά |  |  |  |  |  |
| **Τροφές που δεν πρέπει να λαμβάνει το παιδί Ειδικά φάρμακα που πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα για το παιδί:****Άλλες σημαντικές πληροφο****Το παιδί είναι πλήρως εμβολιασμένο; ΝΑΙ ….. ΟΧΙ …...**Παρατηρήσεις/ εκκρεμότητες εμβολιασμού:**Το παιδί μπορεί να φιλοξενηθεί στην Κατασκήνωση** | **ρίες για την υγεία του παιδιού:****Ημερομηνία τελευταίας δόσης αντιτετανικού εμβολίου: ….. /****ΝΑΙ..... ΟΧΙ....** | **….. / ………** |

Ημερομηνία **.... / .... / 202....**

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

*(υπογραφή- σφραγίδα (υπογραφή- σφραγίδα)*