

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδιάτρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΒΑΡΟΣ		ΥΨΟΣ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (που μπορεί να σχετίζεται με την υγεία του παιδιού)		
ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή,εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η έκθεση του ειδικού.)		
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ ΦΑΡΜΑΚΑ		
ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD		
ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ (πυρετικοί ή απύρετοι)		
ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ		
ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ		
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα	Κ.Φ	Παθολογικά ευρήματα
Επισκόπηση, δέρμα		
Οφθαλμοί		
Στοματική κοιλότητα/δόντια		
Αναπνευστικό σύστημα		
Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες (*αν έχει γίνει U/S καρδιάς να αναφερθεί)		
Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα		
Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση		
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ Ο/Η είναι πλήρως εμβολιασμένος/η για την ηλικία του σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. (Επισυνάπτεται φωτοτυπία της σελίδας των εμβολίων του βιβλιαρίου υγείας με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου.)		
ΜΑΝΤΟΥΧ (ημερομηνία/ αποτέλεσμα)		___/___/___ mm
ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ		

___/___/2015

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ