

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(ΑΠΟΛΥΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ – ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΧΟΛΑΣΤΙΚΑ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΟΥ

1. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ(Κατά προσέγγιση) ΚΙΛΑ

2. ΕΜΒΟΛΙΑ (Έχουν γίνει κανονικά) ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

i. Εάν ΟΧΙ ποια και γιατί ;

ii. Εμβόλια ΤΕΤΑΝΟΥ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

3. ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ;

i. ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ii. ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

iii. ΣΠΑΣΜΟΥΣ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ τι είδους – Αιτιολογία σε ποια :

iv. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

v. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

vi. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ σε ποια:

vii. ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ ποιας αιτιολογίας:

4. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματάει σύντομα (15'); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια ;

5. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές αρρώστιες;

ΙΛΑΡΑ	ΕΡΥΘΡΑ	ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ
ΟΣΤΡΑΚΙΑ	ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ	ΚΟΚΙΤΗ

6. Έχει περάσει κάποια άλλη σημαντική αρρώστια ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ ποια:

7. Υπάρχει νυκτερινή ενούρηση : ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

8. Υπνοβατεί ; ΠΟΤΕ ☐ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ☐ ΣΥΧΝΑ ☐

9. Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική θεραπεία ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ α) ποια η αιτία :

β) ποια Φάρμακα :

Δασολογία

γ) ΙΑΤΡΟΣ που σύστησε τη θεραπεία

Τηλέφωνο :

10. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΟΣ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ :

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../20....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ