

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΒΡΕΦΟΥΣ:** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** .....

|                         |            |            |
|-------------------------|------------|------------|
| <b>ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:</b> | <b>ΝΑΙ</b> | <b>ΟΧΙ</b> |
|-------------------------|------------|------------|

**ΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΥΠΑΡΧΕΙ :**.....

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| <b>ΕΙΝΑΙ ΥΠΟ ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:</b> | <b>ΝΑΙ</b> | <b>ΟΧΙ</b> |
|--|------------|------------|

**ΕΙΝΑΙ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:**      **ΝΑΙ** ☐      **ΟΧΙ** ☐

|                 |                 |            |  |            |  |
|-----------------|-----------------|------------|--|------------|--|
| <b>ΣΠΑΣΜΟΙ:</b> | <b>ΑΠΥΡΕΤΟΙ</b> | <b>ΝΑΙ</b> |  | <b>ΟΧΙ</b> |  |
|-----------------|-----------------|------------|--|------------|--|

**ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ**                      **ΝΑΙ** ☐    **ΟΧΙ** ☐

ΕΙΝΑΙ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ                    ΝΑΙ   ☐                    ΟΧΙ   ☐

**ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ**                      ΝΑΙ ☐        ΟΧΙ ☐

**ΦΑΡΜΑΚΟ:** .....

ΤΡΟΦΙΚΗ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

**ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ:** .....

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ:** **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

**ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΝ/ΚΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ:** .....

|                               |            |            |
|-------------------------------|------------|------------|
| <b>ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:</b> | <b>ΝΑΙ</b> | <b>ΟΧΙ</b> |
|-------------------------------|------------|------------|

**ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD:** **NAI** ☐ **OXI** ☐

|                                   |            |  |            |
|-----------------------------------|------------|--|------------|
| <b>ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ:</b> | <b>ΝΑΙ</b> |  | <b>ΟΧΙ</b> |
|-----------------------------------|------------|--|------------|

**ΠΑΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ:**                      ΝΑΙ    ☐       ΟΧΙ    ☐

**ΥΠΟΛΕΙΠΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑ: .....**

.....

.....

.....  
.....  
**ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ  
ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:**

**ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

**ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:**

**ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΚΟΗΣ:**

**ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΡΑΣΗΣ:**

**ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ:**

1. ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΟΦΕΙΛΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΟΥΝ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ.
2. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ Η΄ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΟ ΛΟΓΟ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΟΦΕΙΛΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΟΥΝ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ
3. ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΕΙΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΒΡΕΦΗ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΦΡΟΥΤΑ, ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΡΕΑΤΙΚΑ ΕΧΟΥΝ ΕΝΤΑΧΘΕΙ ΣΤΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥΣ:

4. ΕΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΟΛΟΓΟ Η΄ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟ Η΄ ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΟ Η΄ ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΟ Η΄ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ Η΄ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΟΦΕΙΛΟΥΝ ΕΠΙΣΗΣ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ Η ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΕΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:

Α) ΕΑΝ Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΩΦΕΛΙΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΙΟ

Β) ΝΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΕΤΑΙ, ΕΑΝ ΕΠΙΒΑΛΕΤΑΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ , Ο ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

Γ) ΝΑ ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΕΤΑΙ ΑΝ ΚΡΙΝΕΤΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ Η ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΝΑ ΕΧΕΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

.....  
.....  
.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:  
Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**