**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΗΠΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ**

**ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΝΕΜΕΑΣ**

**( συμπληρώνεται από τον Παιδίατρο )**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Περιγεννητικό ιστορικό:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώσατε με Χ το ανάλογο τετράγωνο:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΣΘΕΝΕΙΑ** | **Χ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** | **ΑΣΘΕΝΕΙΑ** | **Χ**  |  **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** |
| **Ιλαρά** |  |  | **Αλλεργία & που** |  |  |
| **Ερυθρά** |  |  | **Σπαστική βροχίτις** |  |  |
| **Παρωτίτιδα** |  |  | **Επιληψία** |  |  |
| **Ανεμοβλογιά** |  |  | **Πυρετικοί σπασμοί** |  |  |
| **Οστρακιά** |  |  | **Έλλειψη Ενζύμου** |  |  |

**3.Πάσχει από νοσήματα οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά κτλ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4**. Κάθε είδους ιδιαιτερότητες που χρήζουν ειδική αντιμετώπιση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5.Χειρουργικές επεμβάσεις:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΕΜΒΑΣΗ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | **ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα και ποια:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. Εμβολιασμός**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;** | **☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ** | **Εάν όχι, αιτιολογία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Αποτελέσματα δερματοαντίδρασης Mantoux; (σύμφωνα με τη νέα εγκύκλιο του Υπουργείου υγείας)** | **☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ** | **Εάν όχι, αιτιολογία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(Η συμπλήρωση είναι απαραίτητη)** |

**(Απαραίτητο το φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού με τα σχετικά εμβόλια που έχουν πραγματοποιηθεί με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου στην αντίστοιχη σειρά δόσης εμβολίου).**

**8.Ψυχοκινητική Ανάπτυξη**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Κατηγορία** |  **Φυσιολογική****βάσει ηλικίας** | **Ήπιες δυσκολίες** |  **Σημαντικές δυσκολίες** | **Παραπομπή σε ειδικό** |
| **Αδρή Κινητικότητα** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| **Λεπτή Κινητικότητα** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| **Γλωσσική Ανάπτυξη** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| **Κοινωνική & Συναισθηματική Ανάπτυξη**  | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| **Γνωστική Ανάπτυξη** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |

**Σε περίπτωση παραπομπής σε ειδικό είναι απαραίτητο το πιστοποιητικό να συνοδεύεται από έκθεση ειδικού (Αναπτυξιολόγου, Ψυχολόγου, Λογοθεραπευτή, Φυσικοθεραπευτή).**

**Ο/Η\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_μπορεί να ενταχθεί**

**στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Π.Σ.**

**(Ονοματεπώνυμο, ημερομηνία, σφραγίδα και τηλέφωνα Παιδιάτρου)**