

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ / ΝΗΠΙΟΥ

Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από Παιδίατρο

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ :	

1. Εξέταση κατά συστήματα

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

2. Ομιλία

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

3. Έλεγχος Σφιγκτήρων (από 2,5 ετών):

[σημειώσατε με √]

ΠΛΗΡΗΣ		ΜΗ ΠΛΗΡΗΣ		ΚΑΘΟΛΟΥ	
--------	--	-----------	--	---------	--

4. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώσατε με √ το ανάλογο τετράγωνο :

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	√	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Αλλεργία & που (φάρμακα, τροφές ,κλπ)		
Σπαστική βρογχίτις - βρογχικό άσθμα		
Πυρετικοί σπασμοί		
Έλλειψη Ενζύμου		

5. Χειρουργικές επεμβάσεις:

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6. Άλλα νοσήματα:

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

7. Πάσχει από χρόνια νόσημα και ποιά (κληρονομικό ,γονιδιακό κλπ):

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

8. Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή και ποια

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

9. Εμβόλια: (Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού με τα σχετικά εμβόλια που έχουν πραγματοποιηθεί)

10.Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; (κυκλώστε)

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

11.Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία)

.....

12.Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό συνοδεύεται από έκθεση-γνωμάτευση ειδικού ιατρού κρατικού νοσηλευτικού Ιδρύματος.

**Ο/Η ΤΟΥ
είναι κλινικά (σωματικά και πνευματικά) υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί στον Παιδικό/ Βρεφικό Σταθμό.**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ , ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ , ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ