

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΗΠΙΩΝ (Α.Δ.Υ.Ν.)

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

☐☐

Ποιο χρόνιο νόσημα υπάρχει;

Είναι υπό παρακολούθηση ;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Είναι υπό φαρμακευτική αγωγή;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

2. ΣΠΑΣΜΟΙ

Απύρετοι;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Πυρετικοί;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Είναι υπό φαρμακευτική αγωγή;

3. ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD

☐☐

4. ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Φαρμακευτική;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Φάρμακο:

Τροφική;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Είδος Τροφής:

Αναπνευστική;

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Είδος Αναπν/κής αλλεργίας:

Άλλου είδους αλλεργία;

5. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Πλήρως εμβολιασμένο

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Υπολείπονται τα εξής εμβόλια:

6. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ημερομηνία επέμβασης.....Είδος επέμβασης.....

7. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Δυσκολία στη συμπεριφορά	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
Δυσκολία στο λόγο	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>

8. ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Νόσησε από:.....

Πριν πόσο καιρό:.....

Αντιμετώπιση.....

9. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΟΠΑΙΔΙΕΣ

ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ ☐

Οδηγίες:.....

Ημερομηνία.....

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ