

## ΚΑΡΤΕΛΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ – ΤΡΙΑΣ

Όνομα Επώνυμο παιδιού.....

Όνομα Επώνυμο πατέρα.....

Διεύθυνση..... , Πόλη/Περιοχή.....

Ημερομηνία Γέννησης..... ,ΑΜΚΑ Τέκνου.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας.....

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει / έπασχε από.....

(άσθμα – καρδιακές παθήσεις – παθήσεις αυτιών – διαβήτη – υπνοβασία – μεταδιδόμενο νόσημα κλπ)

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια ; .....

(αν ναι, από ποια ;)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα ; .....

(αν ναι, ποια ;)

Έκανε εμβόλια ; ..... (Σημειώσατε ημερομηνίες)

ΙΛΑΡΑΣ ..... , ΤΕΤΑΝΟΥ ..... , ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑΣ .....

ΑΛΛΑ ΕΜΒΟΛΙΑ .....

Έχει κάνει αντιτετανικό ορό ; ..... και πότε το τελευταίο.....

Είναι ευαίσθητος / τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα ; .....

.....

(αν ναι υποδείξτε μορφή αλλεργίας και το αντίστοιχο φάρμακο)

Έχει ανάγκη από ιδιαίτερη μεταχείριση, δίαιτα ή άλλη προσοχή ; .....

.....

Έχει ασθενήσει από ΙΛΑΡΑ ..... ΟΣΤΡΑΚΙΑ ..... ΕΡΥΘΡΑ ..... ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ .....

ΜΑΓΟΥΛΑΔΕΣ .....

**ΩΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΕΠΩ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ:**

Του / της .....

**Υπογραφή Σφραγίδα Γιατρού**

