



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ
ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
& ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΤΜΗΜΑ : ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
(Κ.Δ.Α.Π.) ΔΗΜΟΥ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ –ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ονοματεπώνυμο :

Ημερομηνία Γέννησης :

ΑΜΚΑ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

1 Μεταδοτικό Νόσημα;

Εάν «ΝΑΙ», ποιο;

2 Χρόνιο Νόσημα;

Εάν «ΝΑΙ», ποιο;

3 Αλλεργικές Εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λπ.);

Εάν «ΝΑΙ», σε τι;

4 Επεισόδιο σπασμών, λιποθυμικές τάσεις κ.λπ.;

Εάν «ΝΑΙ», αιτία;

5 Χειρουργικές Επεμβάσεις;

Εάν «ΝΑΙ», αιτία;

6 Ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή;

Εάν «ΝΑΙ», για ποιο λόγο και τι φαρμακευτική αγωγή;

7 Έλλειψη ενζύμου G6PD;

ΠΛΗΡΩΣ

ΜΕΡΙΚΗ

ΟΧΙ

8 Εμβολιαστική Κάλυψη:

Σχολιασμός:

ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ

ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ

9 Test Mantoux

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

Εάν «ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ»:

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

1 Γλωσσική Ανάπτυξη (Άρθρωση, Σύνταξη και Κατανόηση). Παρακαλούμε περιγράψτε αναλυτικά.

2 Ψυχοκινητική Ανάπτυξη (Αντίληψη, Συμπεριφορά, Επικοινωνία). Παρακαλούμε περιγράψτε αναλυτικά.

3	Ενδείξεις Αναπτυξιακών Διαταραχών:	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Εάν «ΝΑΙ», ποια/ποιες:

4 Πρόσθετα στοιχεία που πρέπει να γνωρίζουμε:

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ

ότι το παιδί μπορεί να ενταχθεί στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Κ.Δ.ΑΠ.

Ονοματεπώνυμο Ιατρού	Ημ/νία Συμπλήρωσης	Υπογραφή Ιατρού/ Σφραγίδα
----------------------	--------------------	---------------------------