

- Να συμπληρωθούν όλα τα πεδία!
- Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από τον ΙΑΤΡΟ & τον Γονέα!
- Ημερομηνία εξέτασης από τον μήνα Μάιο και μετά!



ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:		ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΠΑΤΡΟΣ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ		ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	
ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ		ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ (kg)	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:	ΙΑΤΡΟΥ	

- ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΟΛΥΜΠΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε τον λόγο:

Αιτία, Φάρμακα & Δοσολογία:

- ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΟΤΕ ΓΙΑ COVID-19; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

Πότε; Χρειάστηκε νοσηλεία;

- ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ G6PD; ΝΑΙ ΟΧΙ / ΑΛΛΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

- ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ:

- φάρμακα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- τροφές; ΝΑΙ ΟΧΙ
- έντομα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- κάτι άλλο (γύρη, πεύκα κλπ); ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, τρόπος αντιμετώπισης:

- ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ:

- βροχικό άσθμα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- σπαστική βρογχίτιδα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- επιληπτική κρίση; ΝΑΙ ΟΧΙ
- σπασμούς; ΝΑΙ ΟΧΙ

Κάτι πρόσθετο σχετικά με τα παραπάνω;

- ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ:

- χρόνιο, λοιμώδες ή μεταδοτικό νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- δερματολογικό νόσημα (για την πισίνα); ΝΑΙ ΟΧΙ

Κάτι πρόσθετο σχετικά με τα παραπάνω;

- ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ: (π.χ. ανεμοβλογιά, ιλαρά, οστρακιά, ερυθρά, παρωτίτιδα κλπ)

• **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:**

- έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση; ΝΑΙ ΟΧΙ
- υπέστη λιποθυμικό επεισόδιο κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αίτια; ΝΑΙ ΟΧΙ
- είχε ποτέ πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος, βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση; ΝΑΙ ΟΧΙ
- κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας; ΝΑΙ ΟΧΙ
- έχει παραπονεθεί ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα κατά την άσκηση; ΝΑΙ ΟΧΙ

Κάτι πρόσθετο σχετικά με τα παραπάνω;

• **ΕΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία κλπ);** ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

• **ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ;** ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν όχι, σημειώστε ποια εμβόλια υπολείπονται:

• **ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;** ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

Πόσες δόσεις:

Ημερ.τελευταίας δόσης:

• **ΕΙΧΕ ΠΟΤΕ ΠΟΝΟ Ή ΣΟΒΑΡΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΣΕ ΟΣΤΑ, ΜΥΣ, ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ;** ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

• **ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ:** ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πότε;

Διευκρινήστε:

• **ΣΕ ΜΙΚΡΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ, ΣΤΑΜΑΤΑΕΙ ΕΥΚΟΛΑ Η ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ;** ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ, διευκρινήστε:

ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ & ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ; (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, λόγος, όραση, ακοή) ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, διευκρινήστε:

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΠΑΙΘΡΙΕΣ - ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ - ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ Γ.Α. ΚΑΛΥΒΑΣ Α.Ε. ; ΝΑΙ ΟΧΙ

*Τα παραπάνω στοιχεία είναι εντελώς εμπιστευτικά, η συλλογή τους αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και στην παροχή κατάλληλης φροντίδας.

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή
Γονέα / Κηδεμόνα

Υπογραφή & Σφραγίδα Ιατρού