



Όνοματεπώνυμο ΙΑΤΡΟΥ:		Τηλέφωνο ΙΑΤΡΟΥ:	
Όνοματεπώνυμο Παιδιού		Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα	
Ηλικία Παιδιού		Τηλ. 1 ^ο Γονέα/Κηδεμόνα	
ΑΜΚΑ Παιδιού		Τηλ. 2 ^ο Γονέα/Κηδεμόνα	
Σωματικό Βάρος (kg):		Ομάδα Αίματος:	

→ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αιτία, Φάρμακα & Δοσολογία:

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

Εάν ναι, διευκρινήστε:

→ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ: φάρμακα / τροφές / έντομα / οτιδήποτε άλλο (γύρη, πεύκα κλπ); ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, διευκρινίστε τη σοβαρότητα και τρόπο αντιμετώπισης:

→ ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ: βροχικό άσθμα /σπαστική βρογχίτιδα / επιληπτική κρίση / σπασμούς; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι διευκρινίστε:

→ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ: χρόνια / λοιμώδες ή μεταδοτικό νόσημα / δερματολογικό νόσημα (για την πισίνα); ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι διευκρινίστε:

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

Εάν ναι, διευκρινίστε:

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

Εάν ναι, διευκρινίστε:

→ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ (σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα); ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν όχι, σημειώστε ποια εμβόλια υπολείπονται:

→ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσες δόσεις:

Ημερ.τελευταίας δόσης:

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

Εάν ναι, διευκρινίστε:

→ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΙΣ & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, πότε;

Διευκρινίστε:

→ ΣΕ ΜΙΚΡΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ, ΣΤΑΜΑΤΑΕΙ ΕΥΚΟΛΑ Η ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ, διευκρινίστε:

→ 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, διευκρινίστε:

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