

## ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

Τα στοιχεία που αναφέρονται στο παρόν ιστορικό είναι απόρρητα βάσει του άρθρου 11 του Π.Δ. υπ' αριθμ. 216/25-07-2001 και του άρθρου 371 του Π.Κ. περί «Παραβίασης Επαγγελματικής Εχεμύθειας»

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

|                                                                                    |  |       |  |        |  |             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|--------|--|-------------|---------------|
| Όνοματεπώνυμο μαθητή                                                               |  |       |  |        |  |             |               |
| Όνοματεπώνυμο πατέρα                                                               |  |       |  |        |  |             |               |
| Όνοματεπώνυμο μητέρας                                                              |  |       |  |        |  |             |               |
| Ημερομηνία γέννησης                                                                |  | Τάξη: |  | Τμήμα: |  | Σχολ. έτος: | 20....-20.... |
| Διεύθυνση οικίας μαθητή                                                            |  |       |  |        |  |             |               |
| Άλλες διευθύνσεις                                                                  |  |       |  |        |  |             |               |
| Τηλέφωνα                                                                           |  |       |  |        |  |             |               |
| Email                                                                              |  |       |  |        |  |             |               |
| <b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b><br><i>(Αν δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό να παραμείνει κενό)</i> |  |       |  |        |  |             |               |

## ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ και τηλέφωνα επικοινωνίας:

1. ....
2. ....
3. ....

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

## ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

|                                                  | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΧΟΛΙΑ |
|--------------------------------------------------|-----|-----|--------|
| Φάρμακα:                                         |     |     |        |
| Τρόφιμα:                                         |     |     |        |
| Τσιμπήματα εντόμων:                              |     |     |        |
| Άλλο:<br>(π.χ. σκόνη, ακάρεα, οικόσιτο ζώο κ.ά.) |     |     |        |
| Παρατηρήσεις:                                    |     |     |        |

## ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Εκδήλωση 1ου επεισοδίου                                                     |  |
| Συχνότητα επεισοδίων                                                        |  |
| Χρονική εμφάνιση (ημέρα – νύχτα) και διάρκεια επεισοδίων                    |  |
| Παράγοντες που τις επιδεινώνουν (π.χ. άγχος, αθλητική δραστηριότητα κ.τ.λ.) |  |

Κλινική Εικόνα - Παρατηρήσεις:

Φαρμακευτική αγωγή:

#### ΦΑΡΜΑΚΑ

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής στο τρέχον σχολικό έτος:

| Σκεύασμα      | Δοσολογία | Χρόνος έναρξης | Ένδειξη λήψης |
|---------------|-----------|----------------|---------------|
|               |           |                |               |
|               |           |                |               |
|               |           |                |               |
|               |           |                |               |
|               |           |                |               |
| Παρατηρήσεις: |           |                |               |

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής στο ΠΑΡΕΛΘΟΝ ( Έτος Έναρξης: ..... )

| Σκεύασμα      | Δοσολογία | Χρόνος έναρξης-λήξης | Ένδειξη λήψης |
|---------------|-----------|----------------------|---------------|
|               |           |                      |               |
|               |           |                      |               |
|               |           |                      |               |
| Παρατηρήσεις: |           |                      |               |

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (χειρουργικές επεμβάσεις, ατυχήματα, νοσηλεία σε Νοσοκομείο)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

● ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Πλήρης: ☐ Εκκρεμεί: ☐ .....

● Αντιτετανική κάλυψη:      ΝΑΙ      ΟΧΙ

● Τραχήλου της Μήτρας:      ΝΑΙ      ΟΧΙ

● Άλλα εμβόλια .....

Ο/Η γονέας/κηδεμόνας που συμπλήρωσε την κάρτα (ονοματεπώνυμο)

.....