

# ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί σχολαστικά)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ :**.....

**ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:**

**ΗΛΙΚΙΑ :**                      **ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ :**                      **ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:**

**ΕΜΒΟΛΙΑ :**

**ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΚΑΝΟΝΙΚΑ :**

**ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ :**

**ΑΛΛΕΡΓΙΑ :**

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

**ΣΕ ΤΙ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΡΟΦΕΣ, ΑΛΛΗ ΟΥΣΙΑ:.....**

**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ:**

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ:
---------------------------	---

**ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ:**

<input type="radio"/> ΙΛΑΡΑ	<input type="radio"/> ΕΡΥΘΡΑ	<input type="radio"/> ΟΣΤΡΑΚΙΑ
<input type="radio"/> ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ	<input type="radio"/> ΚΟΚΚΥΤΗ	<input type="radio"/> ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΠΟΤΕ :**

<input type="radio"/> ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	<input type="radio"/> ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ	<input type="radio"/> ΣΠΑΣΜΟΥΣ
<input type="radio"/> ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	<input type="radio"/> ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣ.	

**ΣΕ ΜΙΚΡΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ ΣΤΑΜΑΤΑΕΙ ΕΥΚΟΛΑ (ΣΕ 10') Η ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ;**

**ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ :.....**

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

**ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ :**

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

**ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ:**

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

ΦΑΡΜΑΚΑ :.....

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ :.....

ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΙΨΗ GGRP;

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Σοβαρές καταστάσεις που πρέπει να αναφερθούν)

.....  
.....

ΥΠΑΡΧΕΙ ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ;

<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
---------------------------	---------------------------

.....  
.....

ΆΛΛΟ ΘΕΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ?

.....  
.....

ΥΠΗΡΞΕ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ 20ΗΜΕΡΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;

	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Πυρετός	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Βήχας	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Πονόλαιμος	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Αρθραλγίες	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Μυαλγίες	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Καταβολή	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Γαστρεντερικές διαταραχές	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Δυσκολία στην αναπνοή	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ

Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι απολύτως εμπιστευτικά, δεν κοινοποιούνται, παρέχονται από τους γονείς και τον θεράποντα παιδίατρο και αποσκοπούν στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της κατασκήνωσης με στόχο την καλύτερη παροχή φροντίδας στο παιδί και στην τήρηση των οδηγιών της Εγκυκλίου Αρ.Πρωτ. :Δ11/οικ.23973/811 σε ότι αφορά την διασφάλιση των συνθηκών Υγιεινής της Κατασκήνωσης και τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 κατά τη διάρκεια παραμονής του Κατασκηνωτή στην κατασκήνωση μας.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

...../...../.....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

...../...../.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ  
ΙΑΤΡΟΥ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ**