ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ–ΝΗΠΙΟΥ2024-2025

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

|  |
| --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |
| **ΟΝΟΜΑ:** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |

1. **Ψυχοκινητική ανάπτυξη**

**Α)**Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα

………………………………………………………………………………………………………………

**Β)**Σχέση του παιδιού με τους συνομήλικους του(π.χ.έχει φίλους)

……………………………………………………………………………………………………………..

**Γ)**Συμμετοχή σε ομάδα

………………………………………………………………………………………

1. **Ομιλία**

**Α**)Αρθρωτικά και συντακτικά είναι ορθός ο λόγος του παιδιού;…………………………………….

**Β**)Είναι επικοινωνιακός ο λόγος;(αν μιλάει σωστά)…………………………………………………



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.Έλεγχοςσφιγκτήρων** | **ΝΑΙ** | **OXI** |

# Σωματικό Βάρος

1. Αλλεργικές Εκδηλώσεις**(Φάρμακα ,τροφές κ.λ.π)………………………….………………….**

# ΈχειέλλειψηG-6-PD

|  |  |
| --- | --- |
| **NAI** | **OXI** |

1. **Υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο παιδί ή στην οικογένειά του;**

Αν ναι έχουν προμηθευτεί οι γονείς supps tesolid.

…………………………………………………………………………………………………………….

1. **Πάσχει το παιδί από επιληψία** και αν ναι,με ποια φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζεται

……………………………………………………………………………………………………………….

# Πάσχει από βρογχικό άσθμα;

|  |  |
| --- | --- |
| **NAI** | **OXI** |

1. **Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAI** | **OXI** |

1. **Πάσχει πιθανόν από άλλα νοσήματα ( κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά)-Παρατηρήσεις**……………………………………………………………………………

# Χειρουργικές επεμβάσεις:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΕΜΒΑΣΗ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | **ΣΗΜΕΡΙΝΗΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα**

………………………………………………………….........................................................................

# Αποτελέσματα δερματοαντίδρασης Mantoux(σύμφωνα με την Νέα Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας).

|  |  |
| --- | --- |
| **NAI** | **OXI** |

**Ο/Η είναι κλινικά υγιής και μπορεί να**

# Φιλοξενηθεί στον Παιδικό Σταθμό.

**Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού(Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή ή Λογοπεδικού ή Φυσικοθεραπευτή).**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ,ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ,ΣΦΡΑΓΙΔΑΚΑΙΤΗΛΕΦΩΝΟΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**