**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

 **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΕΟΡΔΑΙΑΣ**

##

##  **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

 (Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΒΑΡΟΣ |  |  |
| ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ |  |
| ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΡΟΦΕΣ ΚΛΠ) |  |
| ΑΝΑΠΤΥΞΗ |  |
| ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD | ΝΑΙ | ΟΧΙ |  |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ  |  |
| ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΕΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ) |  |
| ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |  |

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………… είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό - Παιδικό Σταθμό και να συμμετάσχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του Σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

 Ημερομηνία ……/ ……/ 2025

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

## **ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΠΑΙΔΙΟΥ**

## Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο µε ένα **Χ** τα εμβόλια που έχουν γίνει,

##  Στη τελευταία δόση, να αναγράφεται και η ημερομηνία που αυτή έγινε.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | **4Η ΔΟΣΗ** | **5Η ΔΟΣΗ** |
| Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη(DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιοµυελίτιδας(Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιµόφιλου της ινφλουέντζας (Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β(HepB) |  |  |  |  |
| Ιλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας(MMR) |  |  |  |
| ΦυµατικήΔοκιµασία(Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυµατίωσης(BCG) |  |  |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  |
| Πνευµονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεµοβλογιάς |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |
| Λοιποί εµβολιασµοί |  |  |  |  |  |

 Ημερομηνία ……/ ……/ 2025

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)