**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) |  |  |  | | |
| Φυµατική  Δοκιµασία  (Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυµατίωσης  (BCG) |  |  | | | |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  | |
| Πνευµονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεµοβλογιάς |  |  |  | | |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |
| Λοιποί εµβολιασµοί |  |  |  |  |  |

Ημερομηνία ……/ ……/ 2025

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)