**ΔΗΜΟΣ ΒΕΡΟΙΑΣ**

**…………………………….**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ-ΝΗΠΙΟΥ 2025-2026**

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**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

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

**2.Ομιλία**

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

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

**3. Έλεγχος σφικτήρων** **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

**4. Σωματικό Βάρος**

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

**6. Έχει έλλειψη G-6-PD ΝΑΙ ΟΧΙ**

**7. Υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο παιδί ή στην οικογένειά του:**

Αν ναι έχουν προμηθευτεί οι γονείς supp stesolid.

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

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

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

**9. Πάσχει από βρογχικό άσθμα: ΝΑΙ ΟΧΙ**

**10. Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του: ΝΑΙ ΟΧΙ**

**11. Πάσχει πιθανόν από άλλα νοσήματα (οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά)-**

**Παρατηρήσει**ς…………………………………………………………………………………………………………………….

**12. Χειρουργικές επεμβάσεις:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΕΜΒΑΣΗ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | **ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

**14. Αποτελέσματα δερματοαντίδρασης Mantoux ΝΑΙ ΟΧΙ**

**(σύμφωνα με την Νέα Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας).**

**Ο/Η……………………………………………………………………………………….. είναι κλινικά υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί στον Παιδικό-Βρεφονηπιακό Σταθμό.**

**Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού**

(Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή ή Λογοπεδικού ή Φυσικοθεραπευτή).

Ημερομηνία …………/…………/20.. Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

 (υπογραφή – σφραγίδα)

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα **√** τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | **4Η ΔΟΣΗ** | **5Η ΔΟΣΗ** |
| ΔιφθερίτιδαςΤετάνουΚοκίτη(DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιομυελίτιδας(Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιμόφιλου της ινφλουέντζας(Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β(HepB) |  |  |  |  |  |
| ΙλαράςΕρυθράςΠαρωτίτιδας(MMR) |  |  |  |  |  |
| Φυματική Δοκιμασία(Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυματίωσης(BCG) |  |  |  |  |  |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Πνευμονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεμοβλογιάς |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |  |  |  |
| Λοιποί εμβολιασμοί |  |  |  |  |  |

Ημερομηνία …………/…………/20.. Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

 (υπογραφή – σφραγίδα)