

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

Τα στοιχεία που αναφέρονται στο παρόν ιστορικό είναι απόρρητα βάσει του άρθρου 11 του Π.Δ. υπ' αριθμ. 216/25-07-2001 και του άρθρου 371 του Π.Κ. περί «Παραβίασης Επαγγελματικής Εχεμύθειας»

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο μαθητή						
Όνοματεπώνυμο πατέρα						
Όνοματεπώνυμο μητέρας						
Ημερομηνία γέννησης		Τάξη:		Τμήμα:		Σχολ. έτος: 20....-20....
Διεύθυνση οικίας μαθητή						
Άλλες διευθύνσεις						
Τηλέφωνα						
Email						
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (Αν δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό να παραμείνει κενό)						

ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ και τηλέφωνα επικοινωνίας:

1.
2.
3.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΧΟΛΙΑ
Φάρμακα:			
Τρόφιμα:			
Τσιμπήματα εντόμων:			
Άλλο: (π.χ. σκόνη, ακάρεα, οικόσιτο ζώο κ.ά.)			
Παρατηρήσεις:			

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Εκδήλωση 1ου επεισοδίου	
Συχνότητα επεισοδίων	
Χρονική εμφάνιση (ημέρα – νύχτα) και διάρκεια επεισοδίων	
Παράγοντες που τις επιδεινώνουν (π.χ. άγχος, αθλητική δραστηριότητα κ.τ.λ.)	

Κλινική Εικόνα - Παρατηρήσεις:

Φαρμακευτική αγωγή:

ΦΑΡΜΑΚΑ

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής στο παρών σχολικό έτος:

Σκεύασμα	Δοσολογία	Χρόνος έναρξης	Ένδειξη λήψης

Παρατηρήσεις:

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής στο ΠΑΡΕΛΘΟΝ (Έτος Έναρξης:)

Σκεύασμα	Δοσολογία	Χρόνος έναρξης-λήξης	Ένδειξη λήψης

Παρατηρήσεις:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (χειρουργικές επεμβάσεις, ατυχήματα, νοσηλεία σε Νοσοκομείο)

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

● ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Πλήρης: Εκκρεμεί:

● Αντιτετανική κάλυψη: ΝΑΙ ΟΧΙ

● Τραχήλου της Μήτρας: ΝΑΙ ΟΧΙ

● Άλλα εμβόλια

Ο/Η γονέας/κηδεμόνας που συμπλήρωσε την κάρτα (ονοματεπώνυμο)

.....