

Ονοματεπώνυμο : _____

Ημερομηνία γέννησης :-----

1. Χρόνιο νόσημα : -----

2. Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λ.π.) : -----

4. Επεισόδιο σπασμών ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Εάν ναι, αιτία:-----

6. Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει-----

7. Άλλες παρατηρήσεις : -----

.....είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφικό-παιδικό σταθμό / παιδικό κέντρο και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία ____/____/____
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	1 ^Η ΔΟΣΗ	2 ^Η ΔΟΣΗ	3 ^Η ΔΟΣΗ	4 ^Η ΔΟΣΗ	5 ^Η ΔΟΣΗ
Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκίτη (DTP ή DTaP)					
Πολιομυελίτιδας (Polio)					
Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Hib)					
Ηπατίτιδας Β (HepB)					
Ιλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας (MMR)					
Φυματική Δοκιμασία (Mantoux)					
Φυματίωσης (BCG)					
Μηνιγγιτιδόκοκκου					
Πνευμονιόκοκκου					
Ανεμοβλογιάς					
Ηπατίτιδας Α					
Λοιποί εμβολιασμοί					

Ημερομηνία/...../20..
Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ