

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Όνοματεπώνυμο

κατασκήνωσή /

τριας:.....

1. Πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

(π.χ. καρδιοπάθειες, άσθμα, θυρεοειδοπάθεια)

Εάν ναι, ποιό είναι αυτό και ποιά φάρμακα παίρνει;

.....
.....
.....

2. Είχε κάποιο πρόβλημα υγείας τόν τελευταίο μήνα; Εάν ναι, τί άγωγή έλαβε;.....

.....
.....

Χρειάζεται νά συνεχιστεί ή άγωγή αυτή στην κατασκήνωση; Υποδείξτε
άκριβώς τή δοσολογία και τή
διάρκεια:

.....
.....

3. Έχει περάσει λοίμωξη από Sars-Cov-2 τούς προηγούμενους 6 μήνες;
Εάν ναι, πότε έληξε ή καραντίνα;

.....

4. Έχει κάνει όλα τά έμβόλια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τό άντιτετανικό έμβόλιο, μέχρι πότε ισχύει;

.....

5. Έχει άλλεργία σέ φάρμακα, τροφές, δήγματα έντόμων ή κάτι άλλο;

.....
.....

6. Φάρμακα ή τροφές πού τυχόν άπαγορεύεται νά λάβει:

.....
.....
.....
.....

7. Υπάρχει κάτι άλλο πού θεωρείτε σημαντικό για τό παιδί καί θά θέλατε νά τό αναφέρετε (π.χ. ύπνοβασία);

.....
.....
.....
.....

Βεβαιώνεται ότι μπορεί νά συμμετάσχει στήν Κατασκήνωση.

Ο/Η Ιατρός