



**ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα πιο κάτω, που αφορούν την υγεία του παιδιού σας και να το επιστρέψετε στον/στην υπεύθυνο/η εκπαιδευτικό. Τα στοιχεία που θα δώσετε θα βοηθήσουν για την παροχή καλύτερης ιατρικής φροντίδας στο παιδί σας στην Κατασκήνωση, σε περίπτωση που χρειαστεί και θα τηρηθούν ως εμπιστευτικά:

Επίθετο: ..... Όνομα: ..... Ημερ. γέννησης: .....

1. Είναι το παιδί σας υγιές και μπορεί να αθλείται ελεύθερα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
2. Σημειώστε με √ εάν το παιδί σας παρουσιάζει κάποιο από τα πιο κάτω προβλήματα υγείας:
- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Παθήσεις δέρματος  | <input type="checkbox"/> | Καρδιοπάθεια (π.χ. φύσημα, αρρυθμία)            | <input type="checkbox"/> |
| Αναιμία (π.χ. μεσογειακή)                                  | <input type="checkbox"/> | Βρογχικό ή αλλεργικό άσθμα                      | <input type="checkbox"/> |
| Ενδοκρινολογικό πρόβλημα (π.χ. διαβήτης, υποθυρεοειδισμός) | <input type="checkbox"/> | Νευρολογικό πρόβλημα (π.χ. επιληψία, μυοπάθεια) | <input type="checkbox"/> |
| Ορθοπεδικό πρόβλημα  | <input type="checkbox"/> | Άλλα προβλήματα                                 | <input type="checkbox"/> |

Σε περίπτωση που το παιδί παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας, παρακαλούμε δώστε περισσότερες πληροφορίες (χρήση φαρμάκων, ακριβής διάγνωση) .....

3. Παρακαλούμε, αναφέρετε αν το παιδί σας παρουσιάζει αλλεργίες και σε τι (π.χ. ουσίες, τροφές, φάρμακα): .....

4. Σημειώστε αν το παιδί σας έχει πρόβλημα: Όρασης:  ΝΑΙ  ΟΧΙ Ακοής:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

5. Μήπως το παιδί βρέχεται κατά τον νυκτερινό ύπνο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

6. Μήπως φοβάται να κυκλοφορεί τη νύκτα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ Μήπως υπνοβατεί;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

7. Αν το παιδί σας πρόκειται να παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή ενόσω βρίσκεται στην Κατασκήνωση, παρακαλούμε όπως φέρε μαζί του **τα φάρμακα και γραπτές οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό για την ακριβή διάγνωση, δοσολογία και χορήγησή τους.**

8. Για την προστασία της υγείας του παιδιού σας και ειδικότερα την προφύλαξη του από σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, που μπορούν να προληφθούν με τον κατάλληλο εμβολιασμό, συστήνεται να έχει συμπληρώσει τα απαιτούμενα για την ηλικία του εμβόλια, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας. Ιδιαίτερα το εμβόλιο για τη διφθερίτιδα-τέτανο (συμπληρώστε σύμφωνα με το ατομικό βιβλιάριο υγείας του παιδιού σας και **ΕΠΙΣΥΝΑΨΕΤΕ** αντίγραφο της σελίδας εμβολιασμών του).

α) Ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού με εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου (DT ή DPT): .../.../.....

β) Ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού με το τριπλό εμβόλιο MMR ( ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα): ...../...../.....

9. Σημειώστε με κύκλο ποιες από τις ακόλουθες ασθένειες έχει περάσει το παιδί σας:

Ιλαρά      Ερυθρά      Παρωτίτιδα      Ανεμοβλογιά

**ΔΗΛΩΝΩ** ότι όσα αναφέρονται πιο πάνω είναι αληθή.

**Σημειώσεις:**

- Πληροφορείστε πως σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο (π.χ. σε περίπτωση πυρετού, πονοκεφάλου), θα γίνει στο παιδί σας χορήγηση αντιπυρετικού / παυσίπνου (παρακεταμόλης / calpol). Θα ενημερώνετε τηλεφωνικώς αν χρειαστεί ή αν το παιδί παρουσιάζει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.
- Πληροφορείστε, επίσης, πως, όταν χρειάζεται, τα παιδιά μεταφέρονται στο πλησιέστερο Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο που εφημερεύει, για εξέταση από γιατρό, με ιδιωτικό όχημα στελέχους της Κατασκήνωσης. Εάν ο γιατρός κρίνει ότι θα πρέπει να εξεταστεί από ειδικευμένο ιατρικό λειτουργό π.χ. παιδίατρο, καρδιολόγο κ.λπ. ή χρειάζεται να γίνουν εξειδικευμένες εξετάσεις σε νοσοκομείο της πόλης, τότε ανάλογα με τη σοβαρότητα, είτε θα παραπέμπεται με ασθενοφόρο από το ιατρικό κέντρο, είτε θα καλείστε για να μεταφέρετε το παιδί σας σε αυτό. Τα έξοδα των Πρώτων Βοηθειών επιβαρύνουν τους γονείς/κηδεμόνες.

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: .....

Τηλ. επικοινωνίας: .....