

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ
(Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας	Όνομα μαθητή/μαθήτριας	Ημ/νία γέννησης	Φύλο	ΑΜΚΑ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την ιατρό.)

	Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ		Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια;			13	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας;		
2	Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση);			14	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάζου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;		
3	Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση;			Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα			
4	Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;			15	Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;		
5	Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);			16	Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;		
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς				17	Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;		
6	Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
7	Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
8	Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
9	Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			21	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
10	Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("πτερουγίζει") κατά την άσκηση;			22	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, Αιμός, υπερκινητικότητα, έλκενος σπινκτέρων);		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς				23	Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;		
11	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);						
12	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έπαθε έμφραγμα ή στεφανιαία νόσο ή ενγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρή ή μέση ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 για γυναίκες);						

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

Βεβαιώνω, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, για την ακρίβεια των παραπάνω.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα	Σχέση με παιδί	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή	Τηλέφωνο επικοινωνίας

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

Μέτρηση		Βάρος:	kg	Ύψος:	m	ΔΜΣ:	Σφύξεις:	/min	ΑΠ:	mmHg
Ιατρική εξέταση						Φυσιολογικά		Παθολογικά ευρήματα		
1	Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan									
2	Οπτική οξύτητα, στραβισμός									
3	Στοματική κοιλότητα, δόντια									
4	Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες									
5	Αναπνευστικό σύστημα									
6	Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα									
7	Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση									
8	Άλλα ευρήματα									

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

	Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: <input type="checkbox"/> Χωρίς περιορισμούς <input type="checkbox"/> Με περιορισμούς <input type="checkbox"/> Παραπομπή → Ειδικότητα/ες:
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Σχόλια: <input style="width: 100px;" type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνοματεπώνυμο ιατρού	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα →

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού