

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Σε εφαρμογή του νόμου 4229/2014, άρθρο 11, παρ. 2)



Υπουργείο Παιδείας
και Θρησκευμάτων
Υπουργείο Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ):
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
 ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:
 ΣΧΟΛΕΙΟ: ΤΑΞΗ:

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) τηρείται στο Σχολείο και αντίγραφό του φυλάσσεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού. Το περιεχόμενο του ΑΔΥΜ είναι απόρρητο.

**Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση, σύμφωνα με Φύλλο ιατρικής εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή. Περαιτέρω ειδικός έλεγχος γίνεται μόνο εάν υπάρχουν ειδικές ιατρικές ενδείξεις. Στο ΑΔΥΜ σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν το Σχολείο.
Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού το ΑΔΥΜ επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

(Σημειώνονται με σκοπό τη σπίριζη του παιδιού στο Σχολείο και με τελική σπόφαση του/ης ιατρού, όπερα από συνεννόηση με γονέα/κηδεμόνα ή και το παιδί. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το παιδί σε κίνδυνο.)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*		
<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν πρέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)	> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:
<input type="checkbox"/> Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες) > Ειδικότητα/ες όπου γίνεται παραπομπή:		

Ημέρια εξέτασης	Υπογραφή & σημαγγίδα ιατρού	Σημαγγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥΠΕΔΥ)
-----------------	-----------------------------	---

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*		
<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν πρέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)	> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:
> Ιατρική ειδικότητα:		

Ημέρια εξέτασης	Υπογραφή & σημαγγίδα ιατρού	Σημαγγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥΠΕΔΥ)
-----------------	-----------------------------	---

* Η παρούσα γνωμάτευση δεν ισχύει για Πανελλήνιους Σχολικούς Αγώνες και Πανελλήνια Σχολικά Πρωταθλήματα, δεν ισχύει επίσης για σχολικές δραστηριότητες που υλοποιούνται σπό αλλο φορέα πλην του Σχολείου ή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

** Αφορά τον ειδικό έλεγχο ο οποίος, κατά την κρίση του ιατρού που διενήργησε την προληπτική εξέταση, είναι αναγκαίος για να γίνει γνωμάτευση συμμετοχής στις σχολικές δραστηριότητες. Στις περιπόντες αυτές, δίνεται παραπεμπικό σημείωμα με περιγραφή των απών παραπομπής.

Επισημονική επιμέλεια:

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

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

Ονοματεπώνυμο μαθητή/μαθήτριας	Όνομα μαθητή/μαθήτριας	Ημ/νία γέννησης	<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	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 (συνέγειο)		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 διασπαστική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξά κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;			
3 Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχέρηση;		15 Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;			
4 Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;		16 Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;			
5 Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);		17 Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;			
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς		18 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα δραστηριοτήτων;			
6 Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;		19 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα αικονίς;			
7 Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;		20 Εχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;			
8 Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;		21 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξή του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);			
9 Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;		22 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφιγκτήρων);			
10 Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;		23 Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;			
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς					
Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":					

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

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα	Σχέση με παιδί	Ημ/νία συμπλήρωσης
		Υπογραφή
Τηλέφωνο επικοινωνίας		

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)					
Μέτρηση					
Βάρος:	kg	Υψος:	m	ΔΜΣ:	Σφύξεις: /min
Ιστορική εξέταση		Φυσιολογικά		Παθολογικά ευρήματα	
1 Επιστόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan					
2 Οπική 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 Η ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)					
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Σχόλια:				Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: <input type="checkbox"/> Χωρίς περιορισμούς <input type="checkbox"/> Με περιορισμούς <input type="checkbox"/> Παραπομπή → Ειδικότητα/ες:	

Ονοματεπώνυμο ιατρού	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα→
Επιστημονική επιμέλεια: <i>Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού</i>		