



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 3Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
 ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΙΔΑΙΑΣ  
 ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΛ. 2384350000

Ημερομηνία: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:..... Έχετε προσκομίσει βιβλιάριο/κάρτα εμβολίων  Ναι  Όχι  
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας..... Ύψος:.....Βάρος:.....

| ΑΜΚΑ:.....  | ΝΑΙ                      | ΟΧΙ                      | ΔΕΝ ΞΕΡΩ                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Έχει διαγνωστεί στο παιδί σας κάποιο πρόβλημα υγείας;<br>( Π.χ. άσθμα, καρδιοπάθεια, νεφροπάθεια, μεταβολική ασθένεια όπως διαβήτης, αιματολογική διαταραχή, ασπληνία, λοίμωξη ή κάποια άλλη νόσος; Εάν ναι παρακαλώ καταγράψτε ακριβή διάγνωση και θεραπεία)<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Πέρασε μήπως πρόσφατα κάποιο λοιμώδες νόσημα; (π.χ ανεμευλογιά, οστρακιά κτλ)<br>Εάν ναι τότε ακριβώς;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Έχει το παιδί αλλεργίες σε τρόφιμα (π.χ. αυγό), φάρμακα ή στο πλαστικό/λατεξ;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Παρουσίασε το παιδί σοβαρή αλλεργική αντίδραση/ ανεπιθύμητη ενέργεια μετά από εμβολιασμό στο παρελθόν;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό σπασμών ή νευρολογικών διαταραχών;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Βρίσκεται μήπως το παιδί ή μέλος του οικογενειακού του περιβάλλοντος σε ανοσοκαταστολή; (λόγω ασθένειας ή θεραπείας πχ με ανοσοκατασταλικά, κορτιζόνη, χημειοθεραπεία)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Οικογενειακό ιστορικό -κληρονομικά νοσήματα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, καρδιοπάθειες, μεσογειακή αναιμία, κυστική ίνωση κτλ),<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Παρακαλώ σημειώστε εάν το παιδί σας ανήκει σε μία από τις παρακάτω ομάδες  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παιδί μεταναστών  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παιδί που ζει σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης ή παιδί αθιγγάνων.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παιδί μητέρας που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παιδί οικογένειας που πρόκειται να μετακινηθεί σε χώρα του εξωτερικού. Προσδιορίστε χώρα και χρόνο αναχώρησης.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παιδί στο άμεσο περιβάλλον του οποίου υπάρχει άτομο με ενεργό φυματίωση, το οποίο δε συμμορφώνεται στη θεραπεία ή πάσχει από πολυανθεκτική νόσο και το παιδί δεν μπορεί να απομακρυνθεί.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ.....ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

Τα ποσοτικά δεδομένα που θα προκύψουν από την στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων θα κοινοποιηθούν στους αρμόδιους κυβερνητικούς φορείς προστασίας δημόσιας υγείας.

Για απορίες ή πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τα τους εμβολιασμούς παρακαλώ επικοινωνήστε με το τμήμα μας (2384350000)