

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Φυλάσσεται στο αρχείο του Ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

ΣΧΟΛΕΙΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ	ΤΑΞΗ & ΤΜΗΜΑ	A <input type="checkbox"/>	Θ <input type="checkbox"/>
ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Μ.Κ.Α.	

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 διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;		
3 Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση;			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	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
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 ανάπτυξή του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
10 Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;			22 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφινγκτήρων);		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς	ΝΑΙ	ΟΧΙ	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 εγκεφαλικό 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.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
(Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

Μετρήσεις						
ΒΑΡΟΣ:	Kg	ΥΨΟΣ:	m.	Δ.Μ.Σ.:	ΣΦΥΞΕΙΣ: /min	Α.Π.: 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"/>	ΣΧΟΛΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ	ΣΦΡΑΓΙΔΑ
----------------------	------------------------	-----------------	----------