

# 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. Περιστέρω 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 στήριξη του παιδιού στο Σχολείο και με τελική απόφαση του/της ιατρού, ύστερα 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<br>(Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) | <input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς<br>(Λόγω προβλημάτων υγείας) | > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:<br><br>> Ειδικότηταίς όπου γίνεται παραπομπή: |
| Ημ/νία εξέτασης  | Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού  | Σφραγίδα Μονάδας Υγείας<br>(για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)  |

## ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ\*\*

### ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ\*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς<br>(Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) | <input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς<br>(Λόγω προβλημάτων υγείας) | > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών: |
|---|---|--|

> Ιατρική ειδικότητα:

> Έλεγχος που έγινε:

Ημ/νία εξέτασης	Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού	Σφραγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)
-----------------	----------------------------	---

\* Η παρούσα γνωμάτευση δεν ισχύει για Πανελλήνιους Σχολικούς Αγώνες και Πανελλήνια Σχολικά Πρωταθλήματα, δεν ισχύει επίσης για σχολικές δραστηριότητες που υλοποιούνται από άλλο 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 περιπτώσεις αυτές, δίνεται παραπεμπικό σημείωμα με περιγραφή των αιτίων παραπομπής.

Επιστημονική επιμέλεια:

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

**ΦΥΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ**  
 (Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας	Όνομα μαθητή/μαθήτριας	Ημ/νία γέννησης	<input type="checkbox"/> Α	<input type="checkbox"/> Θ	
			Φύλο	AMKA	
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b> (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την ιατρό.)					
<b>Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις</b>		ΝΑΙ	ΟΧΙ	<b>Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια)</b>	
1	Έχει ή είχε πιοτέ κάποια σοβαρή αρρώστια;	13	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας;		
2	Έχει νοσηλευτεί πιοτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση);	14	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διαταπική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιόγόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;		
3	Έχει κάνει πιοτέ κάποια εγχείρηση;	15	<b>Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα</b>		
4	Παίρνει ή έπαιρνε πιοτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;	16	Το παιδί έχει κάνει πιοτέ επεισόδιο σπασμών;		
5	Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);	17	Έχει πιοτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει πιοτέ αρθρίτιδα;		
<b>Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς</b>		18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
6	Έχει διαγνωστεί πιοτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;	19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
7	Έχει συμβεί πιοτέ να χάσει της αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;	20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
8	Έχει πιοτέ 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 πιοτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;	23	Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;		
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		Bάρος: kg	Υψος: m	ΔΜΣ:	Σφύξεις	/min	ΑΠ:	mmHg
<b>Ιατρική εξέταση</b>				Φυσιολογικά	Παθολογικά συρήματα			
1	Επισκόπηση, δέρμα, στημεία 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	Σχόλια:		
			<small>Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες:</small> <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:  
 Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού