

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Φυλάσσεται στο αρχείο του Ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

| | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---|------|
| Επίσημο μαθητή/μαθήτριας | Όνομα μαθητή/μαθήτριας | Ημερία γέννησης | Φύλο <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> | 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 διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο διέγερτο κοιλία, νόσο της Νάζου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada; | | |
| 3 Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση; | | | | | |
| 4 Παιρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά; | | | | | |
| 5 Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλα); | | | | | |
| 6 Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση; | | | | | |
| 7 Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία; | | | 15 Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών; | | |
| 8 Έχει ποτέ παραπονεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση; | | | 16 Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "αφύρνημα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση; | | |
| 9 Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας; | | | 17 Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μύς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα; | | |
| 10 Έχει παραπονεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση; | | | 18 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης; | | |
| | | | 19 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής; | | |
| | | | 20 Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του; | | |
| 11 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίμα, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών); | | | 21 Ανησυχί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα); | | |
| 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); | | | 22 Ανησυχί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφικτήριων); | | |
| | | | 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.

| | | | | |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|
| Όνομα επίσημο γονέα/κηδεμόνα | Σχέση με παιδί | Ημερία συμπλήρωσης | Υπογραφή | Τηλέφωνο επικοινωνίας |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό)

| Μέτρηση | | Βάρος | | Ύψος | | ΔΜΣ | | Σφύρις | | ΑΠ | |
|---------|---|-------|---|------|------|------|------|--------|------|------|------|
| | | kg | m | cm | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg |
| 1 | Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan | | | | | | | | | | |
| 2 | Οπτική οξύτητα, στραβισμός | | | | | | | | | | |
| 3 | Σταματική καύλότητα, 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)

| | | | |
|-------------------------------|---|---------|---|
| Ελεγχος εμβολιαστικής κάλυψης | 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 → Ειδικότητες |
|-------------------------------|---|---------|---|

| | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------------|
| Όνομα επίσημο Ιατρού | Ημερία συμπλήρωσης | Υπογραφή Ιατρού / Ιεραζόει* |
|----------------------|--------------------|-----------------------------|

Επιστημονική επιμέλεια:

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