

Ταχ. Δ/ση:  
Τηλέφωνο:  
Πληροφορίες:

Γαζέπη 48  
2221 350 419  
Κριτσιμά Κατερίνα  
Φακίτσα Βούλα  
Λάιου Ελένη

Να επιστραφεί μαζί με το γαλάζιο  
βιβλιάριο του παιδιού, εφόσον συμφωνείτε  
για τον εμβολιασμό.

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο παιδιού .....

Πατρώνυμο..... Τάξη ..... Σχολείο .....

Σημειώστε **X** στο αντίστοιχο τετράγωνο:

A. **Επιθυμώ** να εμβολιαστεί το παιδί μου για τη φυματίωση

**Παρακαλούμε, ενημερώστε μας πλήρως για το ιατρικό ιστορικό του παιδιού**

**B<sub>1</sub>** Το τελευταίο 2μηνο νόσησε με λοιμώδεις νόσημα ? **OXI**  **ΝΑΙ**   
(γαστρεντερίτιδα, ιλαρά, ερυθρά, ανεμοβλογιά, οστρακιά, γρίπη, ηπατίτιδα, μηνιγγίτιδα, κλπ.)

Εάν **ΝΑΙ** , ποιο ..... πότε .....

ποια αγωγή ..... από ..... έως .....

**B<sub>2</sub>** Το τελευταίο διάστημα έχει κάποιο πρόβλημα υγείας ? **OXI**  **ΝΑΙ**   
(λήψη αντιβιοτικών, πυρετός, βήχας, γρίπη, έκζεμα, αλλεργία, κλπ.)

Εάν **ΝΑΙ** , ποιο ..... πότε .....

ποια αγωγή ..... από ..... έως .....

**B<sub>3</sub>** Έχει κάποια σοβαρή ασθένεια ? Υπάρχει κάποιο ιστορικό? **OXI**  **ΝΑΙ**

Εάν **ΝΑΙ** , τι ..... παίρνει αγωγή .....

**B<sub>4</sub>** Το τελευταίο 2μηνο έχει εμβολιασθεί ? **OXI**  **ΝΑΙ**

Εάν **ΝΑΙ** , ποιο ..... πότε .....

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα

Υπογραφή

Τηλέφωνο Επικοινωνίας

**Υ.Γ** Όπου υπάρχει πρόβλημα υγείας, προηγείται συνεννόηση του γονέα με τον Παιδίατρο και ίσως, βεβαίωση του Παιδιάτρου.