

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΟΡΔΑΙΑΣ**

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ
(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΒΑΡΟΣ			
ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ			
ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΡΟΦΕΣ ΚΛΠ)			
ΑΝΑΠΤΥΞΗ			
ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ			
ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΕΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ)			
ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ			

Ο/Η είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό - Παιδικό Σταθμό και να συμμετάσχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του Σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία// 2024

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΠΑΙΔΙΟΥ

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα **X** τα εμβόλια που έχουν γίνει,
Στη τελευταία δόση, να αναγράφεται και η ημερομηνία που αυτή έγινε.

ΕΜΒΟΛΙΑ	1 ^Η ΔΟΣΗ	2 ^Η ΔΟΣΗ	3 ^Η ΔΟΣΗ	4 ^Η ΔΟΣΗ	5 ^Η ΔΟΣΗ
Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη (DTP ή DTaP)					
Πολιομυελίτιδας (Polio)					
Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Hib)					
Ηπατίτιδας Β (HepB)					
Ιλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας (MMR)					
Φυματική Δοκιμασία (Mantoux)					
Φυματίωσης (BCG)					
Μηνιγγιτιδόκοκκου					
Πνευμονιόκοκκου					
Ανεμοβλογιάς					
Ηπατίτιδας Α					
Λοιποί εμβολιασμοί					

Ημερομηνία// 2024

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή - σφραγίδα)