

# ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΟΥΣ – ΝΗΠΙΟΥ 2024-2025

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

## 1. Περιγεννητικό Ιστορικό

## 2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη

A) Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα

B) Σχέση του παιδιού με τους συνομήλικους του (π.χ. έχει φίλους)

Γ) Συμμετοχή σε ομάδα

## 3. Ομιλία

A) Αρθρωτικά και συντακτικά είναι ορθός ο λόγος του παιδιού;

B) Είναι επικοινωνιακός ο λόγος; (αν μιλάει σωστά)

4. Έλεγχος σφικτήρων

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

5. Σωματικό Βάρος

6. Αλλεργικές Εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λπ.)

7. Έχει έλλειψη G-6-PD

ΝΑΙ

ΟΧΙ

8. Υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο παιδί ή στην οικογένειά του;

Αν ναι έχουν προμηθευτεί οι γονείς supp stesolid.

9. Πάσχει το παιδί από επιληψία και αν ναι, με ποια φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζεται

10. Πάσχει από βρογχικό άσθμα ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11. Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12. Πάσχει πιθανόν από άλλα νοσήματα (οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά)

Παρατηρήσεις:

13. Χειρουργικές επεμβάσεις :

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

14. Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα

15. Αποτελέσματα δερματοαντίδρασης Mantoux  
(σύμφωνα με την Νέα Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας).

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ο/Η .....είναι κλινικά υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί στον Παιδικό Σταθμό.

Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού

(Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή ή Λογοπεδικού ή Φυσικοθεραπευτή ) .

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ, ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ