**Ιατρική Γνωμάτευση (συμπληρώνεται από τον ιατρό)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Στοιχεία παιδιού** | | | |
| Επώνυμο: |  | | |
| Όνομα: |  | | |
| Πατρώνυμο: |  | | |
| Έτος γεννήσεως: |  | | |
| Α.Μ.Κ.Α παιδιού: |  | | |
| Οδός: |  | Αριθμός: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Στοιχεία Ιατρού** | | | |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | |
| Ειδικότητα: |  | | |
| Διεύθυνση Ιατρείου / Οδός: |  | Αριθμός: |  |
| Τηλέφωνο: |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Στοιχεία Γνωμάτευσης** | | |
| Να αναφέρετε αν πάσχει το παιδί από μεταδοτικό (φθειρίαση κεφαλής, σταφυλόκοκκος κτλ) ή  ψυχικό / ψυχιατρικό νόσημα ( κατάθλιψη, διαταραχή στο αυτιστικό φάσμα, διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητας κτλ) | | |
|  | | |
| Μπορεί να πραγματοποιήσει θαλάσσια μπάνια; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Μπορεί να λάβει μέρος σε αθλοπαιδιές; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

**\_\_/\_\_/20\_\_**

**Ο Ιατρός**

**Ερωτηματολόγιο (να συμπληρωθεί από τους γονείς με τη συνεργασία του ιατρού)**

*Το παιδί,*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Α. Έχει ασθενήσει από: | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 1. Ιλαρά |  |  |
| 1. Οστρακιά |  |  |
| 1. Ερυθρά |  |  |
| 1. Ανεμοβλογιά |  |  |
| 1. Παρωτίτιδα (μαγουλάδες) |  |  |
| Β. Έχει υποστεί; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Αντιτετανικό εμβόλιο: |  |  |
| Εάν ναι, πόσες δόσεις έχει κάνει και πότε ήταν η τελευταία; |  | |
| Έχει κάνει το εμβόλιο της φυματίωσης (BCG); |  |  |
| Έχει κάνει ποτέ Mantoux; Aν ναι, ποιο ήταν το αποτέλεσμα; | ΝΑΙ  ΘΕΤΙΚΗ  ΑΡΝΗΤΙΚΗ | ΟΧΙ |
| Είναι πλήρως εμβολιασμένο σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών; (Αν όχι συμπληρώστε τα εμβόλια που υπολείπονται) |  |  |
| Γ. Ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή;  Εάν ναι, να καταγραφούν τα φάρμακα και οι δοσολογίες. |  |  |
| Δ. Υπάρχουν προβλήματα στον ύπνο; (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία κτλ) |  |  |
| Ε. Υπάρχουν αλλεργικά φαινόμενα; (σε φαγητά, φυτά, φάρμακα κλπ) |  |  |
| Πρέπει να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη δίαιτα (π.χ ΣΔ, δυσανεξία στη γλουτένη/ λακτόζη) |  |  |
| ΣΤ. Nα αναφερθούν μείζονα τραύματα, συνδεσμικές κακώσεις, κατάγματα, νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις του παρελθόντος |  |  |
| Ζ. Πάσχει από |  |  |
| - Σακχαρώδη Διαβήτη; |  |  |
| - Βρογχικό Άσθμα; |  |  |
| -Άλλη χρόνια πάθηση ( αναιμία, λειτουργική/ ανατομική ασπληνία, ανοσοανεπάρκεια κτλ) |  |  |
| Η. Έχει εμφανίσει ποτέ λιποθυμικό επεισόδιο;  Αν ναι, υπό ποιες συνθήκες; |  |  |
| Έχει εμφανίσει ποτέ έντονη ταχυκαρδία, αρρυθμία, δυσφορία/ πόνο στο στέρνο κατά την άσκηση; |  |  |
| Έχει αποκλειστεί ποτέ από αθλητική δραστηριότητα; |  |  |
| Υπάρχει ιστορικό με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο στην οικογένεια; |  |  |
| Θ. Έχει εμφανίσει ποτέ επιληπτικούς σπασμούς; |  |  |
| Είχε τις τελευταίες 10 ημέρες το παιδί ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας εμπύρετο νόσημα, αίσθημα αδυναμίας, εύκολης κόπωσης, βήχα, ρινική καταρροή, εμέτους/διάρροιες, φαρυγγαλγία,, επιπεφυκίτιδα, επίμονη κεφαλαλγία, απώλεια γεύσης/ όσφρησης |  |  |

**Σημείωση: Ο κατασκηνωτής που δε φέρει μαζί του συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο με την υπογραφή γονέα δε γίνεται δεκτός στην κατασκήνωση.**

**\_\_/\_\_/20\_\_**