

## Ιατρικό Δελτίο Κατασκηνωτή

Επώνυμο: ..... Όνομα: .....

ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ: **ΒΕΡΟΛΙΝΟ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ** ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ: 27.07.2022 – 10.08.2022

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

1) Παρακαλούμε σημειώστε ποιες παιδικές ασθένειες έχει περάσει ο κατασκηνωτής:

Παρωτίτιδα  Ερυθρά  Ιλαρά  Ανεμοβλογιά  Οστρακιά  Κοκκύτης

2) Σημειώστε αν έχει γίνει πλήρης εμβολιασμός και αν όχι ποιο εμβόλιο υπολείπεται.

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:  ΥΠΟΛΕΙΠΕΤΑΙ:

3) Σημειώστε αν έχει γίνει εμβολιασμός κατά της Covid-19 και αν ναι πόσες δόσεις.

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:  ΔΟΣΕΙΣ:

Σημειώστε αν έχει νοσήσει από την Covid-19

4) Ενημερώστε μας εάν υπάρχουν ιατρικά προβλήματα:

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ  ΝΑΙ  ΟΧΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ G6PD ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
ΕΠΙΛΗΨΙΑ  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
ΔΙΑΒΗΤΗΣ  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

- ΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ (σε ποιες τροφές: ..... )
- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ (σε ποια φάρμακα: ..... )
- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ (γύρη / μύκητες/ ακάρεα:..... )
- ΑΛΛΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ..... )
- ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ ΣΕ ΤΣΙΜΠΗΜΑ ΥΜΕΝΟΠΤΕΡΩΝ (μέλισσες/ σφήκες:..... )
- ΚΝΙΔΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ: ( ..... )

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ/Resus: .....

5) Άλλες καταστάσεις που πρέπει να γνωρίζουμε:

Ρινορραγίες  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Υπνοβασία  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Νυκτερινή Ενούρηση  ΝΑΙ  ΟΧΙ

6) Γράψτε εδώ τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που πιστεύετε ότι θα μας είναι χρήσιμη:

.....  
.....  
.....

Σε περίπτωση που ο κατασκηνωτής ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή οι γονείς/κηδεμόνες παραδίδουν ΜΟΝΟ στον **συνοδό της αποστολής** τα φάρμακα και φυσικά τον ενημερώνουν σχετικά.

Οι κατασκηνωτές απαγορεύεται να κρατούν τα φάρμακα στη βαλίτσα τους.

Απαραίτητη θεωρείται η ιατρική βεβαίωση για την καλή υγεία του παιδιού και τη δυνατότητα συμμετοχής του στο πρόγραμμα Ανταλλαγών, καθώς επίσης και η **φωτοτυπία των εμβολιασμών από το βιβλιário υγείας του παιδιού.**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../2022

Ο/Η ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ

(Υπογραφή, ονοματεπώνυμο ολογράφως και ΑΜ ΤΥΠΕΤ ή ΑΔΤ)