

ΣΤΟΙΧΕΙΑ του ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΦΥΛΟ	άρρεν <input type="checkbox"/>	θήλυ <input type="checkbox"/>
ΟΝΟΜΑ	Ημ/νία γέννησης	____/____/____	
Α.Μ.Κ.Α.	Τόπος γέννησης (ή μαιευτήριο)		
Ασφαλιστικό ταμείο	Ιδιωτική ασφάλεια		
Αρ.Μητρώου ταμείου	Αρ.συμβολαίου		
Υιοθεσία	ναι <input type="checkbox"/>	όχι <input type="checkbox"/>	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Πόλη	Τ.Κ.	
ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ	Το παιδί διαμένει με:		

ΜΗΤΕΡΑ Ονομ/μο:

Ημ/νία γέννησης	Τόπος γέννησης	Εθνικότητα
____/____/____		
Εκπαίδευση	Απασχόληση	Ασφάλιση
ΤΗΛ. κινητό	ΤΗΛ. εργασίας	e-mail

ΠΑΤΕΡΑΣ Ονομ/μο:

Ημ/νία γέννησης	Τόπος γέννησης	Εθνικότητα
____/____/____		
Εκπαίδευση	Απασχόληση	Ασφάλιση
ΤΗΛ. κινητό	ΤΗΛ. εργασίας	e-mail

Οικογενειακή κατάσταση: Γάμος Διάσταση Χηρεία Μονογονεϊκή Άλλο:**ΑΔΕΛΦΙΑ του ΠΑΙΔΙΟΥ** (συμπληρώστε με σειρά ηλικίας)

ΟΝΟΜΑ	άρρεν <input type="checkbox"/>	θήλυ <input type="checkbox"/>	Ημ/νία γέννησης
ΟΝΟΜΑ	άρρεν <input type="checkbox"/>	θήλυ <input type="checkbox"/>	Ημ/νία γέννησης
ΟΝΟΜΑ	άρρεν <input type="checkbox"/>	θήλυ <input type="checkbox"/>	Ημ/νία γέννησης

Ποιος σας σύστησε τον κ. Μακρή ως παιδίατρο; Ονομ/μο:

Φίλος/η <input type="checkbox"/>	Γυναικολόγος <input type="checkbox"/>	Άλλος γιατρός <input type="checkbox"/>	Άλλος:
Αν δεν σας τον σύστησε κάποιος, πώς απευθυνθήκατε σε αυτόν:			
Τηλ.κατάλογος <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Εφημερίδα <input type="checkbox"/>	Άλλο:

Επιθυμείτε να επικοινωνούμε μαζί σας με **e-mail**; ΝΑΙ ΟΧΙ με **SMS**; ΝΑΙ ΟΧΙ

➤ Παρακαλούμε όταν επισκέπτεστε το ιατρείο να έχετε μαζί σας το βιβλιário υγείας του παιδιού και να γνωρίζετε τον ΑΜΚΑ του. Συστήνουμε το παιδί να φοράει άνετα ρούχα. Για τα μωράκια καλό είναι να έχετε μαζί σας το αγαπημένο τους αντικείμενο και πίπιλα.

➤ Μετά την εξέταση, μην ξεχάσετε να προγραμματίσετε το επόμενο σας ραντεβού.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το έντυπο με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.
Αν έχετε κάποια απορία μπορείτε να τη συζητήσετε με τον ιατρό.
Οι πληροφορίες είναι απολύτως εμπιστευτικές και προστατεύονται από το ιατρικό απόρρητο.

ΜΗΤΕΡΑ Ονομ/μο:

Ομάδα αίματος

ΠΑΤΕΡΑΣ Ονομ/μο:

Ομάδα αίματος

ΑΔΕΛΦΙΑ του ΠΑΙΔΙΟΥ (συμπληρώστε με σειρά ηλικίας)

ΟΝΟΜΑ άρρεν θήλυ Ημ/νία γέννησης ____/____/____

ΟΝΟΜΑ άρρεν θήλυ Ημ/νία γέννησης ____/____/____

ΟΝΟΜΑ άρρεν θήλυ Ημ/νία γέννησης ____/____/____

Προβλήματα υγείας

Διευκρινίστε ποιος/-α:

Σοβαρά νοσήματα

Χρόνια νοσήματα

Φάρμακα

Νοσηλείες

Χειρουργεία

Αλλεργίες

Κάπνισμα

Άλλο

	Μητέρα	Πατέρας	Αδελφοί			Αδελφές			Άλλοι συγγενείς		
			1	2	3	1	2	3			
Ηλικία (εφόσον ζει)											
Άσθμα											
Αλλεργίες											
Πνευμονοπάθεια											
Φυματίωση											
Υπερλιπιδαιμία *											
Υπέρταση											
Διαβήτης											
Θρόμβωση/-φλεβίτιδα											
Καρδιοπάθεια											
Ηπατίτιδα /-πάθεια											
Νεφροπάθεια											
Εγκεφαλικό											
Επιληψία/σπασμοί											
Θυροειδοπάθεια											
Καρκίνος											
Ψυχιατρική νόσος											
Κληρονομική **											
Συγ. εξάρθρημα ισχίων											
Αυτοάνοση ***											
Αν απεβίωσε: ηλικία											
αίτιο											

* Υπερλιπιδαιμία: αυξημένη χοληστερίνη/χοληστερόλη, αυξημένα τριγλυκερίδια

** Κληρονομική πχ: αιμορροφιλία, μεσογειακή / δρεπανοκυτταρική ανααιμία, νευροϊνωμάτωση, μεταβολικό, Marfan, κυστική ίνωση

*** Αυτοάνοση πχ: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωρίαση, κοιλιοκάκη, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ του ΠΑΙΔΙΟΥ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το έντυπο με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.
 Αν έχετε κάποια απορία μπορείτε να τη συζητήσετε με τον ιατρό.
 Οι πληροφορίες είναι απολύτως εμπιστευτικές και προστατεύονται από το ιατρικό απόρρητο.

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	άρρεν <input type="checkbox"/>	θήλυ <input type="checkbox"/>
Ημ/νία γέννησης ___/___/___	Μαιευτήριο	Γυναικολόγος	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ	Αριθμός προηγούμενων κυήσεων ___ τοκετών ___ αποβολών ___		
ΣΥΛΛΗΨΗ	φυσιολογική <input type="checkbox"/> υποβοηθούμενη <input type="checkbox"/> εξωσωματική <input type="checkbox"/> άλλο:		
ΚΥΗΣΗ	χωρίς προβλήματα <input type="checkbox"/> πολύδυμη <input type="checkbox"/> αριθμός εμβρύων ___		
	πυρετός <input type="checkbox"/> αιμορραγία <input type="checkbox"/> άλλο:		
	υπέρταση <input type="checkbox"/> λεύκωμα <input type="checkbox"/> διαβήτης <input type="checkbox"/> θυρ/πάθεια <input type="checkbox"/> άλλο:		
	παθολογικές εξετάσεις:		
	φάρμακα: σίδηρος <input type="checkbox"/> ασβέστιο <input type="checkbox"/> φυλλικό <input type="checkbox"/> μαγνήσιο <input type="checkbox"/> άλλο:		
	κάπνισμα <input type="checkbox"/> αλκοόλ <input type="checkbox"/> άλλες ουσίες:		
ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	δεν έγινε <input type="checkbox"/>		
	λοιμώξεων	HBsAg	Ηπατίτιδες
			CMV
			ΤΟΧΟ
			Ερυθρά
			HSV γεν.
	αναιμιών <input type="checkbox"/> αποτελέσματα:		
	άλλα: a-test <input type="checkbox"/> αυχεν. διαφάνεια <input type="checkbox"/> U/S β-επιπέδου <input type="checkbox"/> τροφοβλάστη <input type="checkbox"/> αμνιοπαρακέντηση <input type="checkbox"/>		
	χωρίς παθολογικά ευρήματα <input type="checkbox"/>		
	παθολογικά ευρήματα:		
ΤΟΚΕΤΟΣ	διάρκεια κύησης ___ εβδομάδες	ΤΕΡ ___/___/___	ΠΗΤ ___/___/___
	έναρξη τοκετού: αυτόματη <input type="checkbox"/> πρόκληση <input type="checkbox"/> διάρκεια τοκετού ___ ώρες		
	προβολή: κεφαλική <input type="checkbox"/> ισχιακή <input type="checkbox"/> άλλη - καθορίστε:		
	κολπικός τοκετός <input type="checkbox"/> αναρρόφηση <input type="checkbox"/> καισαρική τομή <input type="checkbox"/> αιτία:		
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	χωρίς προβλήματα <input type="checkbox"/>		
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	αποκλειστικός ΜΘ <input type="checkbox"/>	ξένο γάλα <input type="checkbox"/>	μικτή <input type="checkbox"/>
			Rooming in <input type="checkbox"/>
	ίκτερος <input type="checkbox"/>	χολερυθρίνη max _____ mg/dl	Φωτοθεραπεία ___ ημέρες
			Αφαιμαξομετάγγιση <input type="checkbox"/>
	οξυγόνο <input type="checkbox"/>	διασωλήνωση <input type="checkbox"/>	θερμοκοιτίδα <input type="checkbox"/>
			λοιμώξη <input type="checkbox"/>
			σπασμοί <input type="checkbox"/>
	ΝΟΣΗΛΕΙΑ σε ΜΕΝΝ <input type="checkbox"/>	___ ημέρες αιτία:	
	αγωγή:		
	άλλο:		
ΝΕΟΓΝΟ	ΒΓ	γραμ.	ΜΣ
			εκατ.
			ΠΚ
			εκατ.
			Βάρος εξόδου:
			γραμ.
ΕΞΕΤΑΣΗ	χωρίς παθολογικά ευρήματα <input type="checkbox"/>		
	φύσημα καρδιάς <input type="checkbox"/>		
	συγγενείς ανωμαλίες <input type="checkbox"/>		
	ευρήματα:		
ΕΛΕΓΧΟΣ	Ομάδα αίματος	___ Rh ___	G6PD κ.φ. <input type="checkbox"/>
			έλλειψη <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> ΙΥΠ
<input type="checkbox"/> ακοή	κ.φ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> U/S εγκεφάλου κ.φ. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> οφθαλμίατρος	κ.φ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> U/S ΝΟΚ κ.φ. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> χειρουργός	κ.φ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> U/S κ.φ. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ορθοπαιδικός	κ.φ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> καρδιολόγος κ.φ. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> U/S ισχίων	κ.φ. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> echo καρδιάς κ.φ. <input type="checkbox"/>