

**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	T.K.
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  Γυναικολόγος  Άλλος γιατρός  Άλλος:

Αν δεν σας τον σύστησε κάποιος, πώς απευθυνθήκατε σε αυτόν:

Τηλ.κατάλογος  Internet  Εφημερίδα  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 βιβλιάριο 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.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ του ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομ/μο παιδιού

Ημ/νία γέννησης \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ΜΗΤΕΡΑ Όνομ/μο:

Σοβαρά νοσήματα

Νοσηλείες

Χρόνια νοσήματα

Χειρουργεία

Φάρμακα

Αλλεργίες

Ομάδα αίματος

Κάπνισμα ναι  όχι

Άλλο

## ΠΑΤΕΡΑΣ Όνομ/μο:

Σοβαρά νοσήματα

Νοσηλείες

Χρόνια νοσήματα

Χειρουργεία

Φάρμακα

Αλλεργίες

Ομάδα αίματος

Κάπνισμα ναι  όχι

Άλλο

## 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ΟΝΟΜΑ

άρρεν

θήλυ

Ημ/νία γέννησης \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Προβλήματα υγείας

Διευκρινίστε ποιος/-α:

Σοβαρά νοσήματα

Χρόνια νοσήματα

Φάρμακα

Νοσηλείες

Χειρουργεία

Αλλεργίες

Άλλο

# 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.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ του ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομ/μο παιδιού

Ημ/νία γέννησης \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	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 αναιμία, νευροϊνωμάτωση, μεταβολικό, Marfan, κυστική ίνωση

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

# 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 <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 ____/____/____

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 αναιμία, νευροϊνωμάτωση, μεταβολικό, Marfan, κυστική ίνωση

\*\*\* Αυτοάνοση πχ: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ερυθματώδης 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
	αναιμιών <input type="checkbox"/>	αποτελέσματα:	CMV
	άλλα: a-test <input type="checkbox"/>	αυχεν. διαφάνεια <input type="checkbox"/>	U/S β-επιπέδου <input type="checkbox"/>
	χωρίς παθολογικά ευρήματα <input type="checkbox"/>	παθολογικά ευρήματα:	ΤΟΧΟ
			Ερυθρά
			HSV γεν.
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"/>		
	ίκτηρος <input type="checkbox"/>	χολερυθρίνη max ___ mg/dl	Φωτοθεραπεία ___ ημέρες
	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"/> ακοή	κ.φ. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΙΥΠ
	<input type="checkbox"/> οφθαλμίατρος	κ.φ. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U/S εγκεφάλου
	<input type="checkbox"/> χειρουργός	κ.φ. <input type="checkbox"/>	κ.φ. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ορθοπαιδικός	κ.φ. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U/S NOK
	<input type="checkbox"/> U/S ισχίων	κ.φ. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U/S .....
			κ.φ. <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> καρδιολόγος
			κ.φ. <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> echo καρδιάς
			κ.φ. <input type="checkbox"/>

# 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	Ημ/νία γέννησης		___/___/___	NAI	OXI
Λαμβάνει / έχει λάβει φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	όνομα	δόση	από	έως		
	όνομα	δόση	από	έως		
Λαμβάνει / έχει λάβει σίδηρο, βιταμίνες, συμπληρώματα;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	όνομα	δόση	από	έως		
	όνομα	δόση	από	έως		
Έχει εξεταστεί από εξειδικευμένο ιατρό/παιδιάτρο; (π.χ. γαστρεντερολόγο, πνευμονολόγο, καρδιολόγο, νευρολόγο, ενδοκρινολόγο)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	ιατρός	πότε	αιτία			
	ιατρός	πότε	αιτία			
	ιατρός	πότε	αιτία			
Έχει εξεταστεί από δερματολόγο;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	ιατρός	πότε	αιτία			
Έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	N/μείο	πότε	διάγνωση			
	N/μείο	πότε	διάγνωση			
	N/μείο	πότε	διάγνωση			
Έχει υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	N/μείο	πότε	είδος επέμβασης			
	N/μείο	πότε	είδος επέμβασης			
Είχε σοβαρό ατύχημα;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι:	πότε	περιγράψτε:				
Έχει παρουσιάσει αλλεργία;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ σε φάρμακο	<input type="checkbox"/>	φάρμακο/-α:				
		είδος αντίδρασης:				
▶ σε τρόφιμο	<input type="checkbox"/>	τρόφιμο/-α:				
		είδος αντίδρασης:				
▶ σε δήγμα εντόμου	<input type="checkbox"/>	έντομο/-α:				
		είδος αντίδρασης:				
▶ άλλο	<input type="checkbox"/>	καθορίστε:				
		είδος αντίδρασης				
Απαγορεύεται να λαμβάνει κάποια φάρμακα ή κάποιες τροφές;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι, καθορίστε:						
Ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη δίαιτα;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παρακολουθεί παιδικό σταθμό ή νηπιαγωγείο;					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι, από πότε:						
Έχει παρουσιάσει κάποιο σύμπτωμα μετά από σωματική άσκηση;						
(π.χ. βήχα, δύσπνοια, πόνο στο στήθος, λιποθυμία, απώλεια συνείδησης, άλλο)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι, καθορίστε:						

# 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

Γέννηση: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Παρακαλούμε σημειώστε με Χ αν το παιδί σας έχει ή είχε κάτι από τα παρακάτω:

## ΓΕΝΙΚΑ

Συχνά εμπύρετα  
Απώλεια/ πρόσληψη βάρους  
Ανεξήγητες διογκώσεις

## ΔΕΡΜΑ

Εξανθήματα  
Σημάδια από τη γέννηση

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ

Απώλεια συνείδησης  
Συχνές κεφαλαλγίες  
Συχνά ζάλη  
Συχνά μουδιάσματα  
Αδυναμία / Αδέξια κίνηση  
Πρόβλημα σε ισορροπία  
Σπασμούς με πυρετό  
Σπασμούς χωρίς πυρετό

## ΟΦΘΑΛΜΟΙ/ΩΤΑ/ΡΙΣ/ΣΤΟΜΑ

Προβλήματα στην όραση  
Στραβισμός  
Άλγος σε οφθαλμό  
Προβλήματα στην ακοή  
Συχνές οξείες ωτίτιδες  
Συχνά εκκριτική ωτίτιδα (υγρό)  
Συχνές αμυγδαλίτιδες  
Συχνά ρινίτιδα / ριν.καταρροή  
Συχνές ρινορραγίες  
Δυσσοσμία στο στόμα

## ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Ιγμορίτιδα  
 Λαρυγγίτιδες  
 Βήχας / Βράσιμο / “Σφύριγμα”  
 Βρογχίτιδα (σπαστική, ασθματική...)  
 Άσθμα  
 Πνευμονία / Βρογχοπνευμονία

## ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

Φύσημα στην ακρόαση  
 Αυξημένη αρτηριακή πίεση  
 Λιποθυμία  
 Άλγος στο θώρακα  
 Καρδιοπάθεια  
 Ρευματικό πυρετό/ν. Kawasaki

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ

Δυσκοιλιότητα  
 Συχνά ναυτία / εμετούς  
 Συχνά κοιλιακά άλγη  
 Συχνές διάρροιες  
 Αίμα στα κόπρανα  
 Γαστρίτιδα / Έλκος / Κολίτιδα  
 Ηπατίτιδα / ηπατοπάθεια  
 **ΑΙΜΑ**  
 Έλλειψη σιδήρου / αναιμία  
 “Στίγμα” μεσογειακής αναιμίας  
 Έλλειψη ενζύμου G6PD  
 Συχνά μώλωπες / αιμορραγίες

## ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ

Ενούρηση (απώλεια ούρων)  
 Συχνουρία / Άλγος σε ούρηση  
 Ουρολοίμωξη  
 Αιματουρία  
 Λιθίαση / Κωλικός νεφρού  
 Έκκριμα από κόλπο ή πέος

## ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ

Πρόβλημα με την ανάπτυξη  
 Διαβήτη  
 Πρόβλημα με τον θυρεοειδή

## ΛΟΙΜΩΔΗ

Λοιμώδη μονοπυρήνωση  
 Οστρακιά  
 Μηνιγγίτιδα  
 Ηπατίτιδα  
 Ανεμευλογία  
 Ιλαρά / Παρωτίτιδα / Ερυθρά  
 Φυματίωση

## ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Άλγη στα οστά  
 Άλγη αρθρώσεων / Αρθρίτιδα  
 Κατάγματα

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Χοληστερίνη/Τριγλυκερίδια  
 Άλλες παθολογικές εξετάσεις  
 Ποιες: .....

Αναφέρετε τα πιο συχνά συμπτώματα / νοσήματα τα οποία παρουσιάζει το παιδί σας:

Παρακαλώ αναφέρετε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία σχετική με την υγεία ή τη συμπεριφορά του παιδιού (από το ατομικό ή και το οικογενειακό ιστορικό του) που νομίζετε ότι μπορεί να φανεί χρήσιμη: