

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

| | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---|------|
| Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας | Όνομα μαθητή/μαθήτριας | Ημ/νία γέννησης | Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> | ΑΜΚΑ |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---|------|

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την ιατρό.)

| Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια) | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|--|-----|-----|---|---|-----|-----|
| 1 | Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια; | | | 13 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας; | | |
| 2 | Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση); | | | 14 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάζου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada; | | |
| 3 | Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση; | | | | | | |
| 4 | Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά; | | | | | | |
| 5 | Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο); | | | | | | |
| Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς | | | | | | | |
| 6 | Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση; | | | | | | |
| 7 | Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία; | | | | | | |
| 8 | Έχει ποτέ παραπονθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση; | | | 15 | Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών; | | |
| 9 | Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας; | | | 16 | Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση; | | |
| 10 | Έχει παραπονθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση; | | | 17 | Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα; | | |
| Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς | | | | 18 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης; | | |
| 11 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών); | | | 19 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής; | | |
| 12 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έπαθε έμφραγμα ή στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρή ή μέση ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 για γυναίκες); | | | 20 | Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του; | | |
| | | | | 21 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα); | | |
| | | | | 22 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφιγκτήρων); | | |
| | | | | 23 | Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε; | | |

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

Βεβαιώνω, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, για την ακρίβεια των παραπάνω.

| | | | | |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|
| Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα | Σχέση με παιδί | Ημ/νία συμπλήρωσης | Υπογραφή | Τηλέφωνο επικοινωνίας |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

| Μέτρηση | | Βάρος: | | kg | Ύψος: | m | ΔΜΣ: | Σφύξεις: | /min | ΑΠ: | mmHg |
|-----------------|---|-------------|--|---------------------|-------|---|------|----------|------|-----|------|
| Ιατρική εξέταση | | Φυσιολογικά | | Παθολογικά ευρήματα | | | | | | | |
| 1 | Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan | | | | | | | | | | |
| 2 | Οπτική οξύτητα, στραβισμός | | | | | | | | | | |
| 3 | Στοματική κοιλότητα, δόντια | | | | | | | | | | |
| 4 | Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες | | | | | | | | | | |
| 5 | Αναπνευστικό σύστημα | | | | | | | | | | |
| 6 | Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα | | | | | | | | | | |
| 7 | Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση | | | | | | | | | | |
| 8 | Άλλα ευρήματα | | | | | | | | | | |

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|---------|---|
| Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης: | | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | Σχόλια: | Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: <input type="checkbox"/> Χωρίς περιορισμούς <input type="checkbox"/> Με περιορισμούς <input type="checkbox"/> Παραπομπή → Ειδικότητα/ες |
|--------------------------------|--|---|---------|---|

| | | |
|----------------------|--------------------|------------------------------|
| Όνοματεπώνυμο ιατρού | Ημ/νία συμπλήρωσης | Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα → |
|----------------------|--------------------|------------------------------|

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού