



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Του / Της :

Έτος Γέννησης :

Σύστημα :

1ο ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΑΥΤΟΠΡΟΣΚΟΠΩΝ ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(συμπληρώνεται από τους γονείς/κηδεμόνες του παιδιού)

Πόσες ώρες κοιμάται συνήθως; ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

Μήπως υπνοβατεί (τώρα ή παλαιότερα); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Πόσο καλά κολυμπάει; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ ΑΡΙΣΤΑ

Ζαλίζεται εύκολα στο ταξίδι;(πούλμαν/καράβι) ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Κουράζεται εύκολα στο παιχνίδι ή τον αθλητισμό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Παρουσιάζει προβλήματα δυσκοιλιότητας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Υπάρχουν κάποιες τροφές που δεν πρέπει να τρώει για λόγους υγείας;

Έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης ή προσοχής;

Υπάρχει οτιδήποτε άλλο σε σχέση με την συμπεριφορά, τον χαρακτήρα ή τις συνήθειες του παιδιού σας που θέλετε να αναφέρετε; (οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές και μας βοηθούν στην καλύτερη φροντίδα & επικοινωνία με το παιδί)

Έχει έλλειψη του ενζύμου G6PD?
(συμβουλευθείτε τον παιδίατρο σας)

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Σε περίπτωση πυρετού ή πονοκέφαλου τι συνηθίζετε να δίνετε για την αντιμετώπιση του?
(δεν θα δώσουμε φαρμακευτική αγωγή αν δεν έχουμε επικοινωνήσει μαζί σας)

(υπογραφή γονέα)

(τόπος & ημερομηνία)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσα ιατρός _____
(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

αναφέρω τα παρακάτω ενδιαφέροντα στοιχεία από το ατομικό αναμνηστικό του/της :

α. Έχει παρουσιάσει κάποιας μορφής αλλεργική αντίδραση σε: _____

β. Πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα (βρογχικό άσθμα, καρδιακά νοσήματα, πάθηση των αυτιών, σακχαρώδη διαβήτη κλπ.);

γ. Λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα;

δ. Έχει κάνει όλους τους προβλεπόμενους εμβολιασμούς; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ε. Υπάρχει κάποιο φάρμακο που δεν πρέπει να λαμβάνει για λόγους υγείας;

και αφού τον/την εξέτασα, τον/την βρήκα υγιή και ικανό/ή να συμμετέχει σε προσκοπικές δραστηριότητες με τους εξής περιορισμούς – σημεία προσοχής :

1. _____

2. _____

3. _____

πρέπει να λαμβάνει την εξής φαρμακευτική αγωγή:

1. _____

2. _____

3. _____

Αντιτετανικό εμβόλιο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αντιτετανικός ορός ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν ναι, ημερομηνία _____

Αντιμετωπίζει πρόβλημα με ρινορραγίες ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

(υπογραφή – σφραγίδα ιατρού)

(τόπος & ημερομηνία)