

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Όνοματεπώνυμο κατασκηνοτή/τριας:.....

1. Πάσχει από κάποια χρόνια νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

(π.χ. καρδιοπάθειες, άσθμα, θυρεοειδοπάθεια)

.....

Έάν ναι, ποιά είναι αυτό και ποιά φάρμακα παίρνει;

.....

2. Είχε κάποιο πρόβλημα υγείας τόν τελευταίο μήνα; Έάν ναι, τί άγωγή έλαβε;

.....

3. Χρειάζεται νά συνεχιστεί ή άγωγή αυτή στην κατασκήνωση; Έποδειξτε ακριβώς τή δοσολογία και τή διάρκεια.

.....

.....

4. Έχει κάνει όλα τά έμβόλια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τό αντιτετανικό έμβόλιο, μέχρι πότε ισχύει;

5. Έχει άλλεργία σέ φάρμακα, τροφές, δήγματα έντόμων ή κάτι άλλο;

.....

.....

6. Φάρμακα ή τροφές πού τυχόν άπαγορεύεται νά λάβει:

.....

.....

7. Έπάρχει κάτι άλλο πού θεωρείτε σημαντικό για τό παιδί και θά θέλατε νά τό αναφέρετε (π.χ. ύπνοβασία);

.....

.....

Βεβαιώνεται ότι μπορεί νά συμμετάσχει στην Κατασκήνωση.

Ό ιατρός