

## 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 | Φύλο | 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 δεξιό κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada; |     |     |
| 3 Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση;                                                                                                                             |     |     | Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |
| 4 Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;                                                                                                            |     |     | 15 Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδια σπασμών;                                                                                                                                                                                                                 |     |     |
| 5 Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακα, άλλο);                                                                                                                  |     |     | 16 Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;                                                                                                                                                                             |     |     |
| Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς                                                                                                                            |     |     | 17 Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε στήθος, μύς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;                                                                                                                                                                  |     |     |
| 6 Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;                                                                                                             |     |     | 18 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;                                                                                                                                                                                                                |     |     |
| 7 Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;                                                           |     |     | 19 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;                                                                                                                                                                                                                 |     |     |
| 8 Έχει ποτέ παραπονεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;                                                                             |     |     | 20 Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;                                                                                                                                                                                                       |     |     |
| 9 Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;                                                                    |     |     | 21 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξή του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);                                                                                                                                               |     |     |
| 10 Έχει παραπονεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φερούγίζει") κατά την άσκηση;                                                               |     |     | 22 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφινγκτήρων);                                                                                 |     |     |
| Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς                                                                                                                        |     |     | 23 Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;                                                                                                                                                                                                       |     |     |
| 11 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);                                     |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |
| 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); |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

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

|                              |                |                    |          |                       |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|
| Ονοματεπώνυμο 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 (ψυσήματα, 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)

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

|                      |                    |                              |
|----------------------|--------------------|------------------------------|
| Ονοματεπώνυμο 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