

ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ
ΙΕΡΑΣ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
Καλοκαίρι 2020

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:
ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ: ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:

1. Σημειώστε με Χ τις παιδικές ασθένειες που έχει περάσει ο κατασκηνωτής:

ΙΛΑΡΑ: ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ: ΕΡΥΘΡΑ: ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ: ΟΣΤΡΑΚΙΑ: ΚΟΚΙΤΗ:

2. Έχει νοσήσει ο κατασκηνωτής από:

Ηπατίτιδα Α ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ηπατίτιδα Β ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ηπατίτιδα C ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Έχει κάνει **Mantoux test**; ΝΑΙ: (Θετικό: Αρνητικό:) ΟΧΙ:

Έχει κάνει εμβόλιο τετάνου;

ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ημερομηνία τελευταίας επαναληπτικής δόσης:

3. Έχει παρουσιάσει ποτέ:

α) Αναπνευστικά προβλήματα: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

β) Κεφαλαλγίες: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

γ) Ακατάσχετη αιμορραγία σε περιπτώσεις τραυματισμού: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

δ) Ρινορραγία: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

ε) Λιποθυμικές τάσεις: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

4. Έχει παρουσιάσει ο κατασκηνωτής (το τελευταίο 12μηνο):

Συχνές Ωτίτιδες: Υπέρταση: Υπόσταση: Δερματικά προβλήματα: Άσθμα:

Αρθρίτιδες: Λοιμώδη Μονοπυρήνωση: Καρδιακά προβλήματα:

Αν ναι, αναφέρετε το πρόβλημα και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε:

5. Είχε ή έχει παρουσιάσει αλλεργία ποτέ σε:

Φάρμακα: Αν ναι σε ποια:

Τροφές: Τσιμπήματα εντόμων:

Οτιδήποτε άλλο:

ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ
ΙΕΡΑΣ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
Καλοκαίρι 2020

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

6. Υπάρχει πρόβλημα στον ύπνο;

Νυχτερινή εννούρηση; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Υπνοβασία; ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Άλλο πρόβλημα:.....

7. Βρίσκεται ο κατασκηνωτής κάτω από ιατρική παρακολούθηση και ακολουθεί
φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Αν ναι, συμπληρώστε τα παρακάτω:.....

Ποιό είναι το πρόβλημα υγείας;.....

Ποιά φαρμακευτική αγωγή ακολουθεί (φάρμακα, δοσολογία, συχνότητα):
.....

Περιορισμοί στο διαιτολόγιο:.....

Απαγορεύσεις που αφορούν τη συμμετοχή σε κατασκηνωτικές δραστηριότητες:
.....

8. Πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική/ψυχική υγεία
του κατασκηνωτή (πρόσφατη απώλεια ή αρρώστια κοντινού προσώπου),
διαζύγιο γονέων, μελαγχολία, κατάθλιψη κ.λ.π.

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού
δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η:
μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες
(εκτός από τους περιορισμούς που ήδη αναγράφονται παραπάνω).

Όνοματεπώνυμο ιατρού:.....

Ειδικότητα:

Διεύθυνση:..... Α.Μ.Κ.Α:

Κινητό τηλέφωνο: Άλλα τηλέφωνα:.....

Ημερομηνία:/..../2020

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού