

# ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΙΕΡΑΣ ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

## 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:  Υπόταση:  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

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: .... / .... / 202...

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού