**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)**

**Ονοματεπώνυμο νηπίου: …………………………………………………………………..**

**Ημερομηνία Γέννησης:……………………………………………………………………….**

**Χρόνιο νόσημα : ……………………………………………………………………………...**

**Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):**

**Ανάπτυξη :**

**Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ ΟΧΙ**

**Επεισόδιο σπασμών: ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ναι, αιτία:**

**Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει:**

**Άλλες παρατηρήσεις:**

**Είναι πλήρως εμβολιασμένο : ΝΑΙ ΟΧΙ**

**ΕΜΒΟΛΙΑ:**

1. ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑΣ - ΤΕΤΑΝΟΥ- KOKKYTOY(D.T.P.) α β γ δ ε
2. ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ (SABIN) α β γ δ ε
3. ΙΛΑΡΑΣ-ΕΡΥΘΡΑΣ-ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑΣ
4. ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟ
5. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ τύπου C
6. ΑΙΜΟΦΙΛΟΥ ΙΝΦΛΟΥΕΝΤΣΑΣ Β (ACT-HIB)
7. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β
8. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ BCG
9. ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ (MANTOUX) …………………………………………………...……

**Μπορεί να πάρει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες: ΝΑΙ ΟΧΙ**

**Ο/Η ……………………………………………………………………………………μπορεί να φιλοξενηθεί σε παιδικό σταθμό.**

**Ημερομηνία : ……/……./………202**

**Ο παιδίατρος**

**(Υπογραφή-σφραγίδα και τηλέφωνο)**

**Τα υποβληθέντα στοιχεία τυγχάνουν επεξεργασίας σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (Γενικός Κανονισμός 678/2016 ΕΕ), με σκοπό τη διεκπεραίωση του αιτήματός σας και τηρούνται για το απαιτούμενο από την νομοθεσία χρονικό διάστημα. Τα στοιχεία σας φυλάσσονται σε ηλεκτρονικό και φυσικό αρχείο το οποίο κατά περίπτωση μπορεί να διατεθεί και σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες εντός ή εκτός του οργανισμού οι οποίες εμπλέκονται στη διεκπεραίωση του αιτήματός σας. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Απορρήτου του Δήμου μας (**[www.prostasiadedomenon.gr/p/souli](http://www.prostasiadedomenon.gr/p/souli)**). Υπεύθυνος προστασίας προσωπικών δεδομένων του Δήμου έχει ορισθεί ο κος Βλάχος Απόστολος με τον οποίο μπορείτε να επικοινωνείτε στο τηλέφωνο 2111133583 ή στο email dpo@prostasiadedomenon.gr**