**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ονοματεπώνυμο μαθητή:

Ημερομηνία γέννησης:

Ιατρική Διάγνωση:

Γνωμάτευση ΚΕΔΑΣΥ:

Ημερομηνία λήψης ιστορικού:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπήρξαν προβλήματα κατά τον τοκετό; Όχι Ναι

Υπήρξαν προβλήματα υγείας μετά τη γέννηση; Όχι Ναι

Αρρώστιες που πέρασε κατά την παιδική ηλικία;

Εμβολιαστική κάλυψη Όχι Ναι Δεν Γνωρίζει

Υπάρχουν εκκρεμότητες; …………………………………………………………...

Έχει παρουσιάσει **αλλεργίες**; Όχι Ναι

Εάν ναι, προσδιορίστε (τρόφιμα, φάρμακα, τσιμπήματα εντόμων, άλλες ουσίες)

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Διατροφικές συνήθειες – Ακολουθεί κάποια δίαιτα; Όχι Ναι

Έχει εγχειριστεί στο παρελθόν; Όχι Ναι

Προσδιορίστε …………………………………………………………………………...............

Παρουσιάζει κινητικά προβλήματα; Όχι Ναι Προσδιορίστε

 π.χ. αστάθεια βάδισης, δυσκαμψία, έχει βοηθήματα; ………………………………………....

Αυτοεξυπηρετείται; Όχι Ναι

Χρειάζεται βοήθεια στο ντύσιμο (κουμπιά, φερμουάρ, κορδόνια);

Χρειάζεται βοήθεια την ώρα του φαγητού (πιρούνι, κουτάλι, μαχαίρι);

Χρειάζεται βοήθεια στη χρήση τουαλέτας;

Βουρτσίζει τα δόντια μόνος; Κάνει μπάνιο μόνος;

Υπάρχουν προβλήματα όρασης ακοής

 ομιλίας

Πως είναι η αντίληψη/νοημοσύνη του παιδιού;

Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπεριφορά του;

Ποιες είναι οι ανάγκες/ στόχοι σας σε σχέση με την εκπαίδευση του παιδιού σε ότι αφορά την αυτόνομη διαβίωση και αγωγή υγείας;

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

 **Η Σχολική Νοσηλεύτρια**

 **Δρ. Θεοδώρα Τόλη**

**Συμπληρώνεται από τους γονείς ή τους κηδεμόνες**

1. Ο μαθητής/τρια παρουσιάζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας; Όχι Ναι

Εάν ναι, προσδιορίστε:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Παρακαλώ, προσκομίστε ιατρική γνωμάτευση με τη διάγνωση.

1. Ο μαθητής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή συστηματικά;

Δηλαδή σε καθημερινή βάση Όχι Ναι

Εάν ναι, αναφέρετε την ονομασία του φαρμάκου, τη δόση και την ώρα που χορηγείται.

* Φάρμακο:

 Πρωί Μεσημέρι Βράδυ

* Φάρμακο:

 Πρωί Μεσημέρι Βράδυ

* Φάρμακο:

 Πρωί Μεσημέρι Βράδυ

1. Ο μαθητής λαμβάνει κάποιο φάρμακο περιστασιακά; Όχι Ναι

Εάν ναι ποιο?.......................................................................................................

1. Εφόσον γίνει κάποια αλλαγή σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο μαθητής θα πρέπει να ενημερώνετε τη νοσηλεύτρια του σχολείου.

Τέλος, θα πρέπει να ενημερώνετε στην περίπτωση που παρουσιαστεί κάποια παρενέργεια από τη φαρμακευτική αγωγή ή αν δεν ακολουθείτε πιστά τη φαρμακευτική αγωγή τόσο τη νοσηλεύτρια του Σχολείου όσο και τον θεράποντα ιατρό σας.

1. Υπάρχει κάποιο άλλο ζήτημα (σωματικής ή ψυχικής) υγείας που θα πρέπει να γνωρίζουμε για το μαθητή/τρια;
2. Πως εκφράζει τον πόνο ή την ασθένεια;
3. Υπάρχει κάποιος γιατρός που παρακολουθεί το μαθητή/τρια;
4. Σε περίπτωση ασθένειας ποιος θα ενημερώνεται;

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 1.Σπίτι………………………. 2. Εργασία ..................................

 3.Κινητό…………………….. 4. Κινητό……………………...

**Ημερομηνία Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα**