

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ
ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2016-2017

ΕΠΙΘΕΤΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΤΑΞΗ :

Η οικογένεια παρακαλείται να συμπληρώσει το παρακάτω έντυπο και να το επιστρέψει στη γραμματεία σε κλειστό φάκελο αναγράφοντας όνομα, επίθετο και τάξη του μαθητή. Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές. Μπορείτε να επισυνάψετε οποιαδήποτε πληροφορία θεωρείτε ότι μας είναι χρήσιμη.

Όνομα μητέρας:.....

Κινητό: **Τηλ.Εργασίας:**..... **Τηλ. Οικίας:**.....

Όνομα πατέρα:.....

Κινητό: **Τηλ.Εργασίας:**..... **Τηλ. Οικίας:**.....

Δηλώστε επίσης ονόματα και τηλέφωνα ατόμων, για επικοινωνία σε περίπτωση ανάγκης.

Όνομα	Τηλέφωνο
1.
2.

Τα μόνα σκευάσματα ή φάρμακα διαθέσιμα στο ιατρείο μας είναι:

-Αντισηπτικό:**Hibitane, Betadine,**

-Αναλγητικά, αντιπυρετικά: **Depon** (σιρόπι ή δισκία)

-Αντιόξινα, για παθήσεις του πεπτικού συστήματος: **Simeco** (δισκία), **Smecta** (φακελάκια)

Δέχεστε να χορηγηθεί ένα από τα παραπάνω φάρμακα, εφόσον κριθεί σκόπιμο, σε περίπτωση πυρετού (> 38), πονοκεφάλου ή πόνου στο στομάχι ή στο αυτί ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Η ενδεχόμενη χορήγηση του φαρμάκου θα κοινοποιηθεί στο carnet de correspondance.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Το παιδί σας έχει κάποιο **ιατρικό πρόβλημα**; διαβήτη, άσθμα, επιληψία, αλλεργία, καρδιαγγειακά προβλήματα, μυοσκελετικά, νευρολογικά, άλλο πρόβλημα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Περιγράψτε

2. Το παιδί σας έχει υποβληθεί σε **χειρουργείο**; Έχει υποστεί σοβαρό τραυματισμό;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, να περιγραφεί .Ημερομηνία;.....

3. Εάν επιθυμείτε το παιδί σας να παίρνει ένα φάρμακο σε περίπτωση ανάγκης, θα πρέπει με την έναρξη της σχολικής χρονιάς
- να επικοινωνήσετε με τις νοσηλεύτριες
 - να μας φέρετε τις ιατρικές οδηγίες και τα φάρμακα
 - να υπογράψετε το πρωτόκολλο διαχείρισης περιστατικών στο ιατρείο.

Κανένα φάρμακο δεν μπορεί να χορηγηθεί χωρίς το υπογεγραμμένο πρωτόκολλο

4. Έχει το παιδί σας κάποιο πρόβλημα όρασης, ακοής, μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολίες συμπεριφοράς ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Αν ναι, είχε προβλεφθεί κάποια μέριμνα από το σχολείο την προηγούμενη χρονιά;
ΝΑΙ **ΟΧΙ**

5. Επιθυμείτε αυτή η μέριμνα να συνεχιστεί και την καινούργια σχολική χρονιά;
ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Εάν ναι, το ιατρικό τμήμα ή η παιδαγωγική ομάδα θα επικοινωνήσει μαζί σας. Θα πρέπει να μας προσκομίσετε μια πρόσφατη γνωμάτευση σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού σας και τις συμβουλές του ειδικού.

6. Το παιδί σας ακολουθεί κάποια θεραπεία; φάρμακα, ψυχοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, ορθοφωνία κλπ.: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Προσδιορίστε:

7. Το παιδί σας έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες **λοιμώδεις νόσους** (παρακαλώ κυκλώστε) ανεμοβλογιά, κοκίτη, ιλαρά, μαγουλάδες, οστρακιά, φυματίωση, μονοπυρήνωση, ηπατίτιδας Α, Β, άλλα

6. **Εμβολιασμοί: Παρακαλούμε να επισυνάψετε ένα αντίγραφο της σελίδας εμβολιασμού του βιβλιαρίου υγείας.**

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ στην διάρκεια των σχολικών δραστηριοτήτων ή σε περίπτωση προβλήματος υγείας που απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη, η Σχολή καλεί το 166 για την ασφαλή μεταφορά του μαθητή με ένα **δημόσιο νοσοκομειακό όχημα**. (Σε περίπτωση δυσκολίας, καλεί εν συνεχεία την αστυνομία). **Ο μαθητής λοιπόν μεταφέρεται στο πλησιέστερο δημόσιο νοσοκομείο που μπορεί να τον δεχτεί άμεσα.**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : Μόνο σε περίπτωση ατυχήματος ο μαθητής είναι καλυμμένος από την προσωπική ασφάλιση ατυχήματος που ισχύει για κάθε μαθητή με την εγγραφή του στην Ελληνογαλλική Σχολή(εκτός από γυαλιά). Σε περίπτωση ατυχήματος, η **οικογένεια προκαταβάλλει τα έξοδα**. Εν συνεχεία και όσο το δυνατό συντομότερα καταθέτει τις αποδείξεις στο ταμείο της Σχολής.

Η καταβολή της ασφαλιστικής αποζημίωσης γίνεται από το ταμείο της Σχολής με ανώτατο όριο τα 1500 €. Δεν αποζημιώνονται γυαλιά και οδοντοτεχνικά εξαρτήματα.

Ημερομηνία :

Υπογραφή κηδεμόνα

