

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ**ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2020-2021**

Επώνυμο : _____

Όνομα : _____

Ημερομηνία γεννήσεως : ____ / ____ / ____

Σε ποιά τάξη θα είναι το 2020/2021: _____

Η οικογένεια παρακαλείται να συμπληρώσει το παρακάτω έντυπο. Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές. Μπορείτε να προσθέσετε οποιαδήποτε συμπληρωματική πληροφορία σε δικό σας χαρτί, το οποίο θα βάλετε σε κλειστό φάκελο και θα απευθύνεται στον ιατρό του σχολείου.

Όνοματεπώνυμο μητέρας: _____
Κινητό: _____ Τηλ.Εργασίας: _____ Τηλ. Οικίας: _____
Όνοματεπώνυμο πατέρα: _____
Κινητό: _____ Τηλ.Εργασίας: _____ Τηλ. Οικίας: _____

Άλλα άτομα για επικοινωνία σε περίπτωση ανάγκης:

Όνοματεπώνυμο

Τηλέφωνο

1. _____

2. _____

Το ιατρείο χρησιμοποιεί τα παρακάτω σκευάσματα:

- Αντισηπτικά: **Οξυζενέ, Octenisept, Betadine, νερό-σαπούνι**
- Αναλγητικό, αντιπυρετικό: **Depon** (σιρόπι ή δισκία)
- Αντιόξινα: **Maalox**
- Αντιδιαρροϊκά: **Smecta**

Συναινείτε στην παροχή πρώτων βοηθειών με την χρήση των προαναφερθέντων σκευασμάτων από την ιατρονοσηλευτική ομάδα σε περίπτωση ανάγκης (πυρετός, κοιλιακό άλγος...);

ΝΑΙ **ΟΧΙ** (κυκλώστε την απάντησή σας)**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

- 1) Το παιδί σας παρουσιάζει κάποιο **ιατρικό πρόβλημα**, οξύ ή χρόνιο, ή έχει ανάγκη από **παρακολούθηση**; (Αλλεργία, δυσανεξία σε τροφές, διαβήτη, άσθμα, επιληψία, καρδιαγγειακά προβλήματα, μυοσκελετικά, νευρολογικά, ψυχοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, άλλο...)

ΝΑΙ **ΟΧΙ** Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε: _____

Εάν το παιδί σας χρειάζεται να λάβει φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση ανάγκης ή τακτικά κατά τη διάρκεια της παρουσίας του στο σχολείο θα πρέπει:

- Να παραδώσετε στο ιατρείο μία πρόσφατη ιατρική συνταγή (φωτοαντίγραφο, scan ή φωτογραφία μέσω mail) και τα απαραίτητα φάρμακα.
- Να υπογράψετε το Πρωτόκολλο Εξατομικευμένης Υποδοχής στο ιατρείο σε δεύτερο χρόνο.

Κανένα φάρμακο δεν μπορεί να χορηγηθεί χωρίς το υπογεγραμμένο πρωτόκολλο.

Για λόγους ασφαλείας, απαγορεύεται να παιδιά να έχουν μαζί τους φάρμακα καθώς μπορεί να καταναλωθούν κατα λάθος από παιδιά μικρής ηλικίας.

Οι παρακάτω πληροφορίες είναι απαραίτητες για την ασφαλή υποδοχή των μαθητών.

- 2) Έχει το παιδί σας κάποιο **πρόβλημα** όρασης, ακοής, μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολίες συμπεριφοράς;
 Αν ναι, είχε προβλεφθεί κάποια **μέριμνα** από το σχολείο την προηγούμενη χρονιά;

ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε: _____

Παρακολουθείται από κάποιον ειδικό, και αν ναι, από ποιον; _____

- 3) 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.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 4) Το παιδί σας έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες **λοιμώδεις νόσους** (παρακαλώ κυκλώστε):
 ανεμοβλογιά, κοκίτη, ιλαρά, μαγουλάδες, οστρακιά, φυματίωση, ηπατίτιδα Β ή C,
 άλλα: _____

- 5) Το παιδί σας έχει υποβληθεί σε κάποια **χειρουργική επέμβαση**; Έχει υποστεί σοβαρό **τραυματισμό**; Έχει χρειαστεί να **νοσηλευτεί** για μεγάλο χρονικό διάστημα;

ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε: _____

- 6) Εμβολιασμοί: **Παρακαλούμε να επισυνάψετε ένα αντίγραφο** της σελίδας **εμβολιασμού** του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού σας και να συμπληρώσετε τα στοιχεία του.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ κατά τη διάρκεια του ημερήσιου σχολικού προγράμματος ή των απογευματινών σχολικών δραστηριοτήτων και σε περίπτωση σοβαρού προβλήματος υγείας που απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη, η Σχολή καλεί το **166 (ΕΚΑΒ)** για την ασφαλή μεταφορά του μαθητή με ένα **δημόσιο νοσοκομειακό όχημα** και ειδοποιεί άμεσα την οικογένεια. Ο μαθητής λοιπόν μεταφέρεται στο πλησιέστερο **δημόσιο νοσοκομείο** που μπορεί να τον δεχτεί άμεσα.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η προσωπική ασφάλιση που ισχύει για κάθε μαθητή με την εγγραφή του στην Ελληνογαλλική Σχολή καλύπτει μόνο την περίπτωση ατυχήματος. Σε αυτήν την περίπτωση, **η οικογένεια προκαταβάλλει τα έξοδα**. Εν συνεχεία και όσο το δυνατό συντομότερα καταθέτει τις αποδείξεις στο ταμείο της Σχολής, ώστε να αποζημιωθεί.

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

Ημερομηνία

Υπογραφή γονέων / κηδεμόνων

Ευχαριστούμε για τις πληροφορίες

Η ιατρονοσηλευτική ομάδα

infirmerie@lfh.gr

Τηλ.: 2113009170