|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο ΘεσσαλονίκηςΙατρική Σχολή **3η Παιδιατρική Κλινική**  Διευθυντής : Καθηγητής Ιωάννης Ν. Τσανάκας | Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Κωνσταντινουπόλεως 49  Θεσσαλονίκη 54 6 42  Τηλ.: 2310-99 29 82  FAX: 2310-99 29 81  e-mail: tsanakas@med.auth.gr |

**ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

**Ονοματεπώνυμο παιδιού: ……………….. ………………..**

**Ηλικία: Ημ. γεννήσεως (προαιρετικά): ……………….**

**Φύλο: Άρρεν/θήλυ (τίθεται σε κύκλο) Διαμονή: Τηλέφωνο:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Αιτία προσέλευσης** (σύντομη & επιγραμματική αναφορά):…………………………………………………………………

**Παρούσα νόσος:**

(προσοχή: όχι αναφορά σε Κυριακή, Δευτέρα κλπ)

Αγόρι/κορίτσι ηλικίας………..προσκομίστηκε …

**Ατομικό αναμνηστικό:**

**Κληρονομικό ιστορικό**- οικογενειακό δέντρο (προαιρετικά):

**Αντικειμενική εξέταση:**

**Διαφορική διάγνωση (3-5 πιθανές διαγνώσεις)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **………………………………………….** * **………………………………………….** * **………………………………………….** | * **…………………………** * **…………………………** |

**Έγινε Εισαγωγή? ΝΑΙ ΟΧΙ (**τίθεται σε κύκλο**)**

**Έλεγχος, αγωγή, οδηγίες:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **ΟνοματεπΟνοματώνυμο φοιτητή……………………………………..** | | | |

**Ημερομηνία: Όνομα & υπογραφή ειδικού: …………………→**