**Ιατρική Συγκατάθεση Γυναικολόγου**

Ονοματεπώνυμο Εγκύου:

Τηλ.:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Τηλ. Ιατρού:

Ονοματεπώνυμο Γυμνάστριας : Σταυρούλα Δημακάκου

Τηλ. : 6983097968

***Να συμπληρωθεί από τον γιατρό σας.***

*Σχετικές αντενδείξεις*

Η ενδιαφερόμενη έχει ( σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ):

1. Ιστορικό αυτόματης αποβολής ή πρόωρου τοκετού σε προηγούμενες εγκυμοσύνες
2. Ήπιο/μέτριας βαρύτητας καρδιαγγειακό ή αναπνευστικό νόσημα (πχ χρόνια υπέρταση, άσθμα)
3. Αναιμία ή έλλειψη σιδήρου (Hb<100g/L)
4. Υποσιτισμό ή διατροφική διαταραχή (ανορεξία, βουλιμία)
5. Δίδυμη κύηση μετά την 28η εβδομάδα
6. Άλλο σημαντικό ιατρικό νόσημα

Παρακαλώ προσδιορίστε:

*Απόλυτες αντενδείξεις*

Η ενδιαφερόμενη έχει (σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ):

1. Ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό
2. Επίμονη αιμορραγία κατά το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης/προδρομικό πλακούντα
3. Υπέρταση οφειλόμενη στην εγκυμοσύνη ή προεκλαμψία
4. Ανεπάρκεια τραχήλου
5. Ενδείξεις εμβρυικής υπολειπόμενης αύξησης
6. Πολύδυμη εγκυμοσύνη (πχ τρίδυμα)
7. Μη ελεγχόμενο διαβήτη τύπου 1, υπέρταση ή θυρεοειδική νόσο, άλλη καρδιαγγειακή, αναπνευστική ή συστηματική διαταραχή

***Σύσταση Σωματικής Δραστηριότητας:***

***Συνιστάται/Εγκρίνεται Αντενδείκνυται***

*Υπογραφή*