ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ 2016

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΟΛΑΣ

Παιδίατρος

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Β' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

www.georgetsolas.gr

Προληπτικός περιοδικός έλεγχος

- Εκτίμηση σωματικής αύξησης / ΔΜΣ (BMI)
- Έλεγχος αρτηριακής πίεσης
- Έλεγχος αισθητηρίων οργάνων
- Οδοντιατρική εξέταση
- Ορθοπαιδική εξέταση
- Έλεγχος νοητικής & ψυχοκινητικής εξέλιξης
- Προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος
- Συνεπής τήρηση προγράμματος εμβολιασμών
- Συμβουλευτική εφήβων

Συμβουλευτική γονέων πριν από τη γέννηση του παιδιού

- Γνωριμία παιδιάτρου με γονείς και δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους
- Καθοδήγηση γονέων για επίλυση προβλημάτων πρώτων ημερών ζωής νεογέννητου
- Ενίσχυση προοπτικής μητρικού θηλασμού

http://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/1227.full
http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full

Προϋποθέσεις εξόδου από το μαιευτήριο

- Απουσία ικτέρου σημαντικού βαθμού
- Απουσία άλλης σοβαρής νόσου
- Επιτυχής σίτιση
- Αποβολή μηκωνίου
- Καλή διούρηση
- Σταθερά ζωτικά σημεία
- Ανιχνευτικός έλεγχος Guthrie
- Έλεγχος ακοής
- Αποκλεισμός σοβαρής συγγενούς καρδιοπάθειας

(http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/190.full)

Πρώτη επίσκεψη παιδιάτρου στο νεογέννητο

- Αύξηση & ανάπτυξη
- Διατροφή
- Ύπνος / Θέση στο κρεβάτι
- Ούρηση & αφόδευση
- Μέτρα καθαριότητας
- Πρόληψη λοιμώξεων
- Χώρος διαμονής νεογέννητου
- Αξιολόγηση ανησυχίας-κλάματος
- Χαρακτηριστικά άρρωστου παιδιού

Χρονοδιάγραμμα προγραμματισμένων επισκέψεων στον παιδίατρο

- **1ος χρόνος:**
  - *7η - 10η ημέρα*
  - *1 μηνός*
  - *2, 4, 6, 9 & 12 μηνών*
- **2ος χρόνος:**
  - *15, 18 & 24 μηνών*
- **3ος χρόνος:**
  - *30 & 36 μηνών*
- **4-21 ετών:** Άπαξ ετησίως







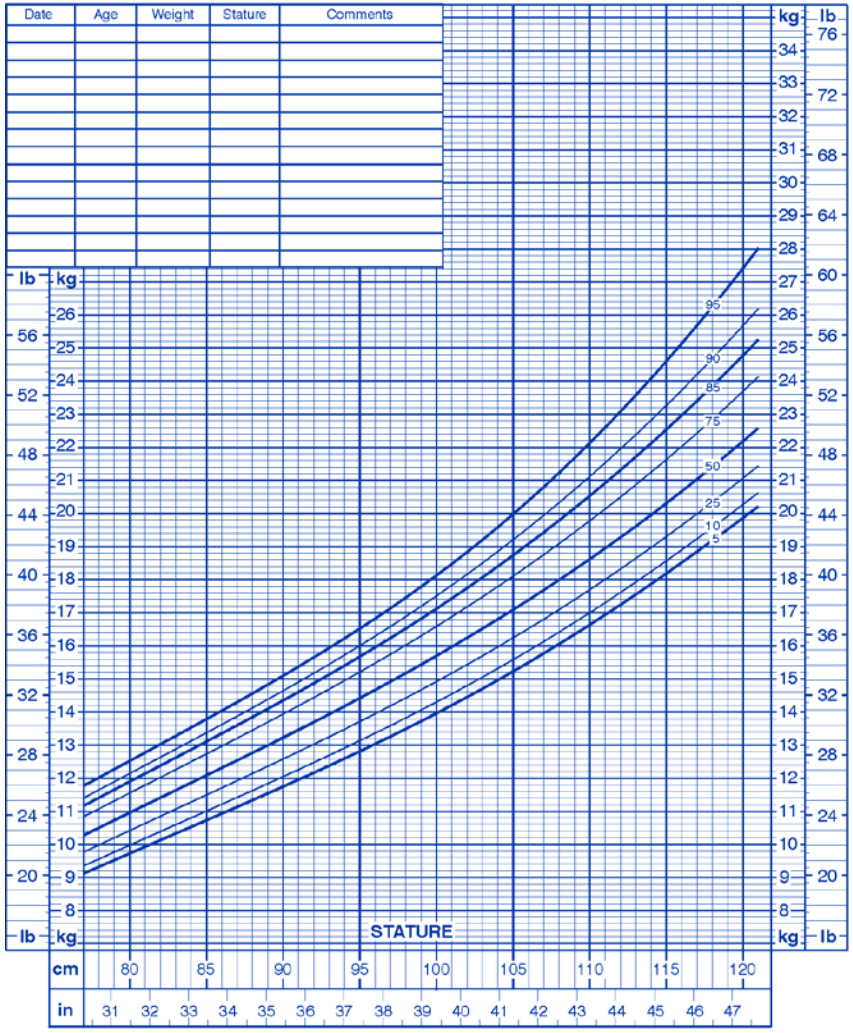


NAME _____

RECORD # _____

Weight-for-stature percentiles: Boys

Date	Age	Weight	Stature	Comments



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

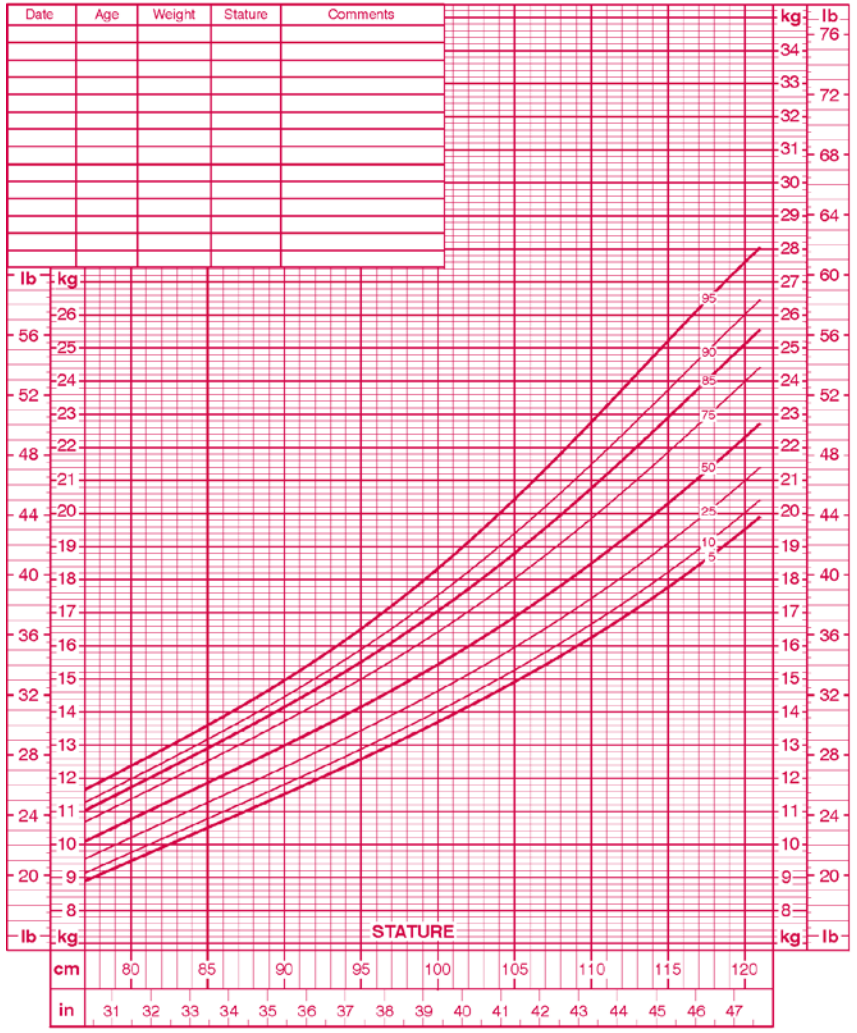
CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

NAME _____

RECORD # _____

Weight-for-stature percentiles: Girls

Date	Age	Weight	Stature	Comments



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Περιπτώσεις κοντού αναστήματος που χρειάζονται διερεύνηση

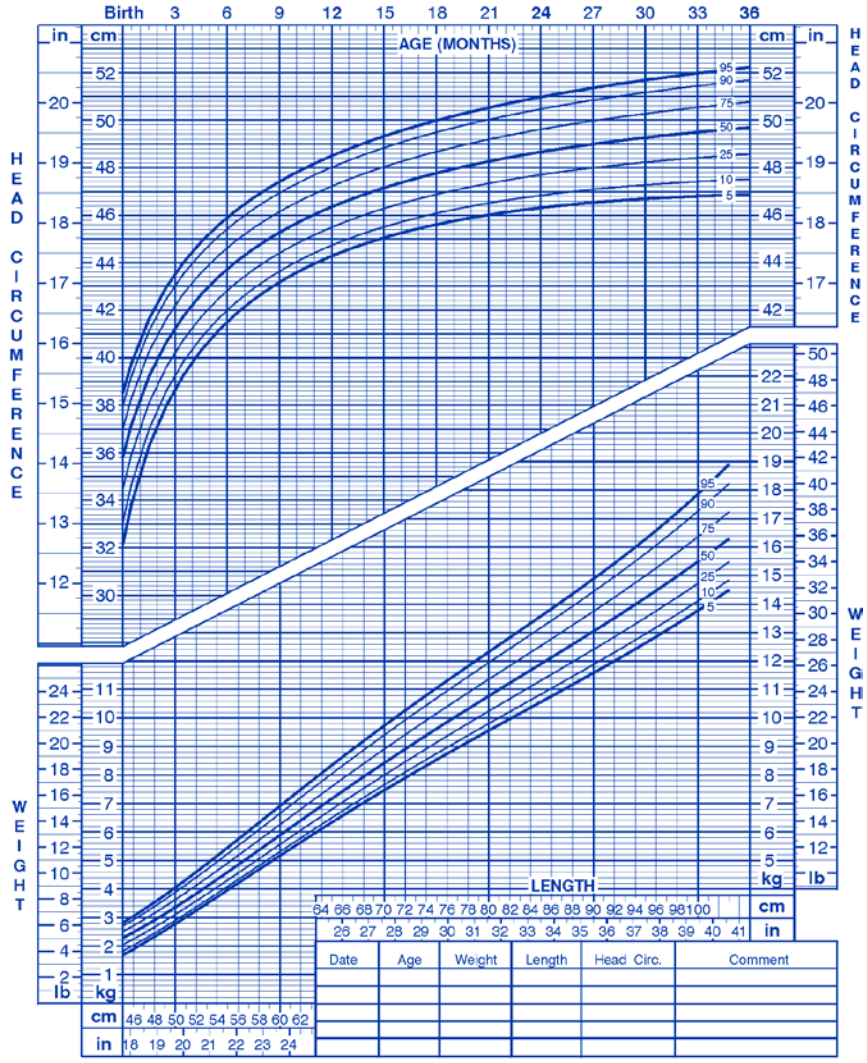
- ΥΣ < 3 SD από μέση τιμή
- ΥΣ < 3η ΕΘ & ΕΡΑ*< 3η ΕΘ
- ΥΣ & ΕΡΑ > 3η ΕΘ, αλλά ΕΡΑ με πτωτική τάση
- ΥΣ < 3η ΕΘ σε συνδυασμό με δυσμορφικά χαρακτηριστικά ή δυσαναλογίες

**Ετήσιος ρυθμός αύξησης*

Birth to 36 months: Boys
Head circumference-for-age and Weight-for-length percentiles

NAME _____

RECORD # _____



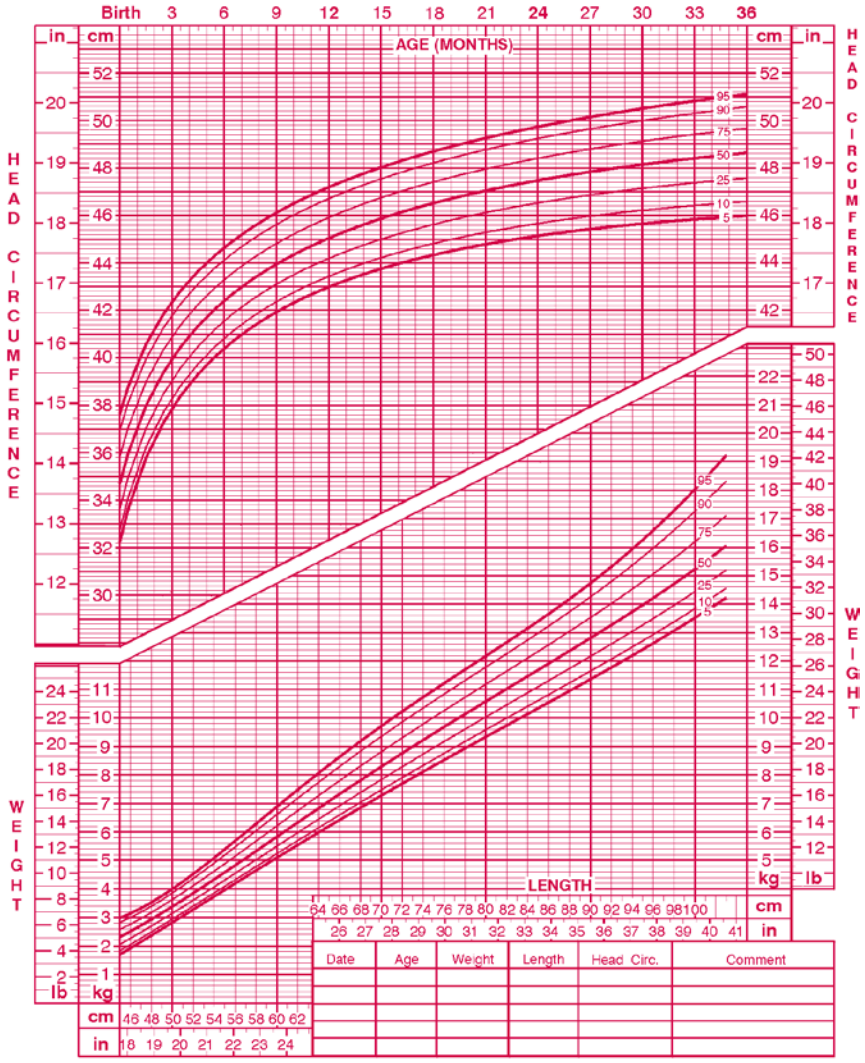
Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Birth to 36 months: Girls
Head circumference-for-age and Weight-for-length percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Αύξηση των προώρων

- Διαφορετική από τα τελειόμηνα
- Στα 3 πρώτα χρόνια συνιστάται να εκτιμάται με βάση την *διορθωμένη ηλικία*
- Αναγκαία η ιδιαίτερη παρακολούθηση όταν:

- *Περίμετρος κεφαλής <3η Ε.Θ. μετά το 1ο έτος διορθωμένης ηλικίας*
- *Ύψος <3η Ε.Θ. μετά το 3ο έτος διορθωμένης ηλικίας*

Μικρά για τη διάρκεια κυήσεως νεογέννητα

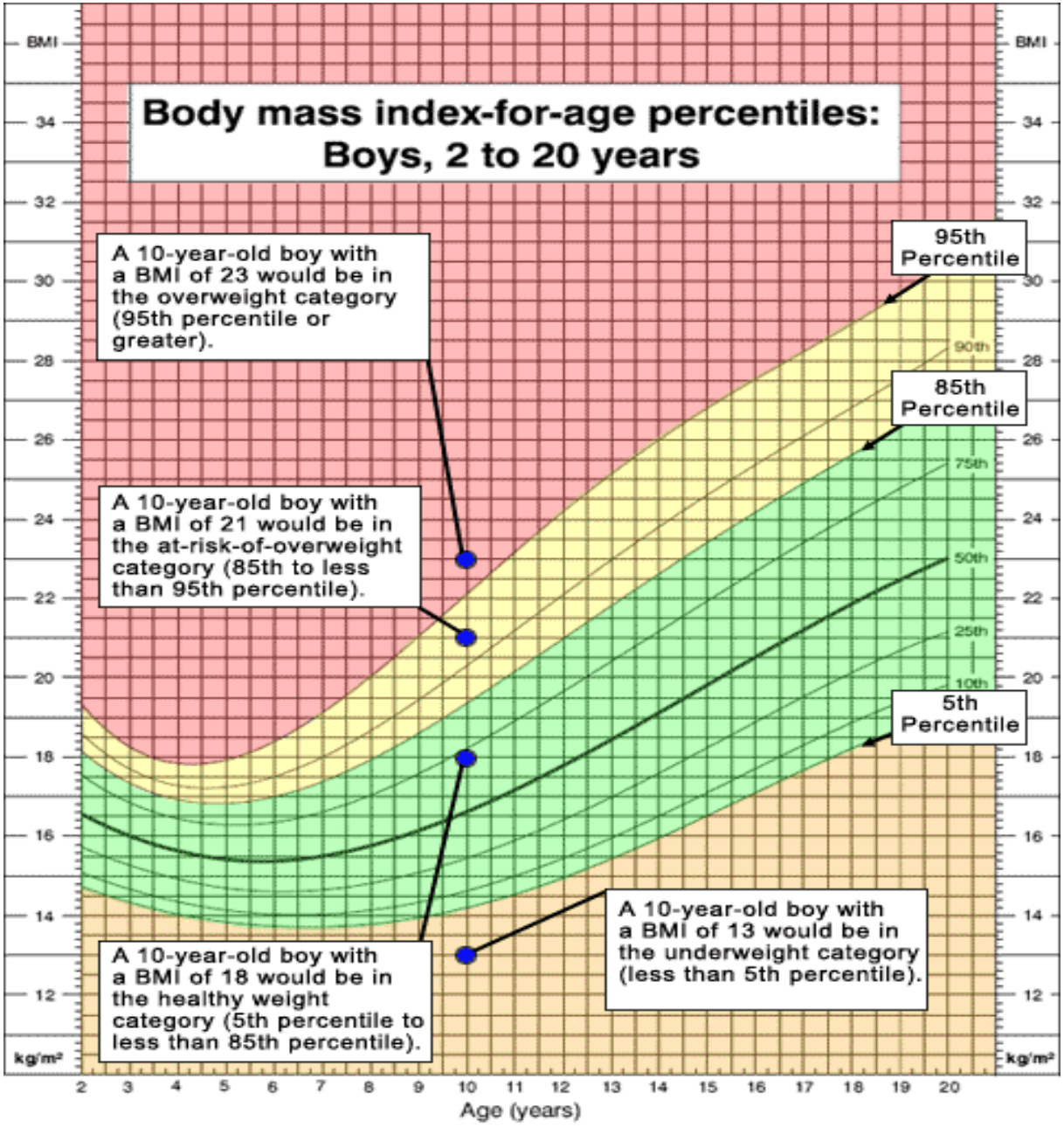
- Βάρος ή/και μήκος στη γέννηση <2SD του μέσου όρου για τη διάρκεια κυήσεως
- 90% αντισταθμιστική επιτάχυνση της αύξησης (catch-up growth) →
  βάρος & μήκος / ύψος >3η Ε.Θ. :
  - *6 μηνών: 80%*
  - *2 ετών : 90%*
- Προσοχή στον ρυθμό αύξησης του βάρους → αυξημένος κίνδυνος στην ενήλικη ζωή για καρδιαγγειακά νοσήματα /μεταβολικό σύνδρομο

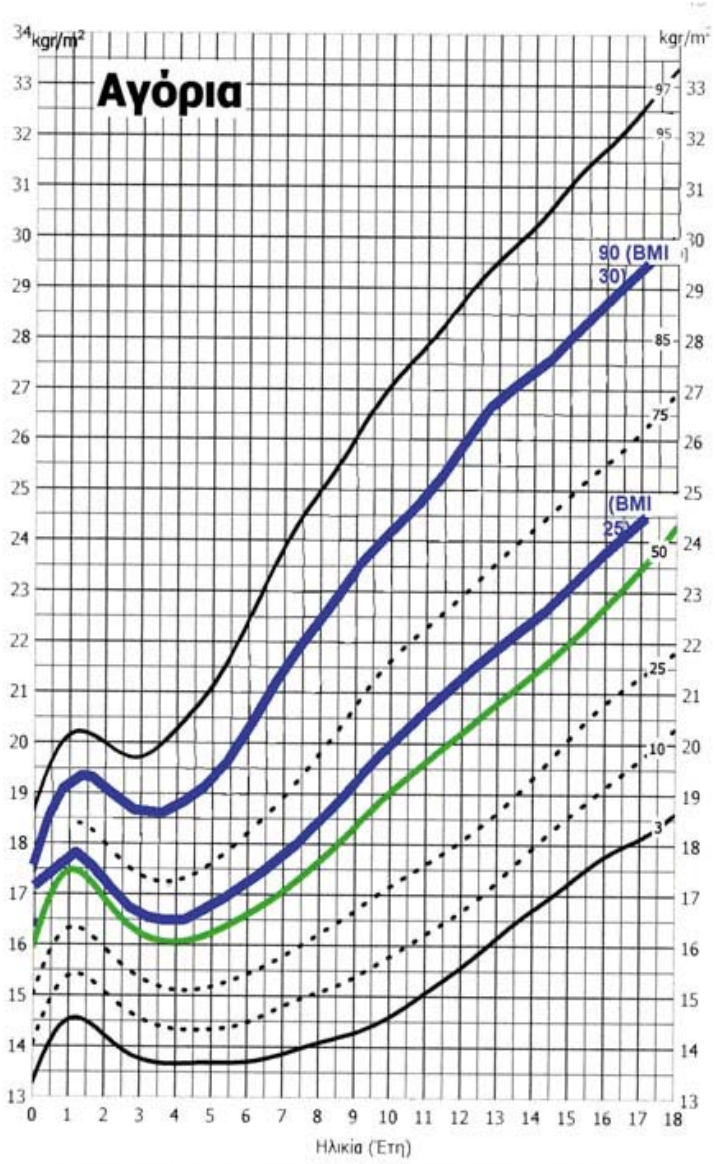

GEN-
ERATION
X
GENERATION
XXXL
CHILDHOOD OBESITY EPIDEMIC..

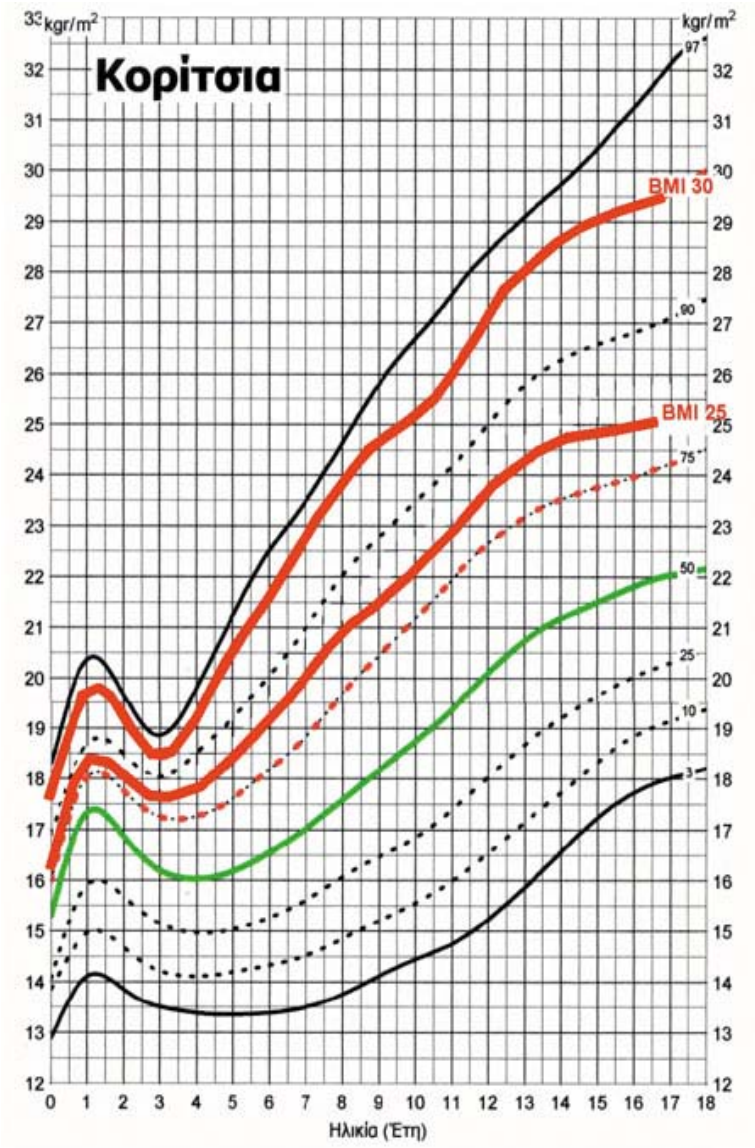
Επιπτώσεις παχυσαρκίας

- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ
- Διαταραχές των λιπιδίων
- Υπέρταση
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Σιδηροπενία
- Λιπώδης διήθηση του ήπατος
- Ενδοκρινικές διαταραχές
- Χολολιθίαση
- Μείωση προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης

http://pediatrics.aappublications.org/content/120/Supplement_4/S164.full


Body mass index-for-age percentiles:
Boys, 2 to 20 years
BMI
kg/m²
Age (years)
95th Percentile
90th
85th Percentile
75th
50th
25th
10th
5th Percentile
A 10-year-old boy with a BMI of 23 would be in the overweight category (95th percentile or greater).
A 10-year-old boy with a BMI of 21 would be in the at-risk-of-overweight category (85th to less than 95th percentile).
A 10-year-old boy with a BMI of 18 would be in the healthy weight category (5th percentile to less than 85th percentile).
A 10-year-old boy with a BMI of 13 would be in the underweight category (less than 5th percentile).


Αγόρια
kgr/m²
kgr/m²
97
95
90 (BMI 30)
85
75
(BMI 25)
50
25
10
3
Ηλικία (Έτη)

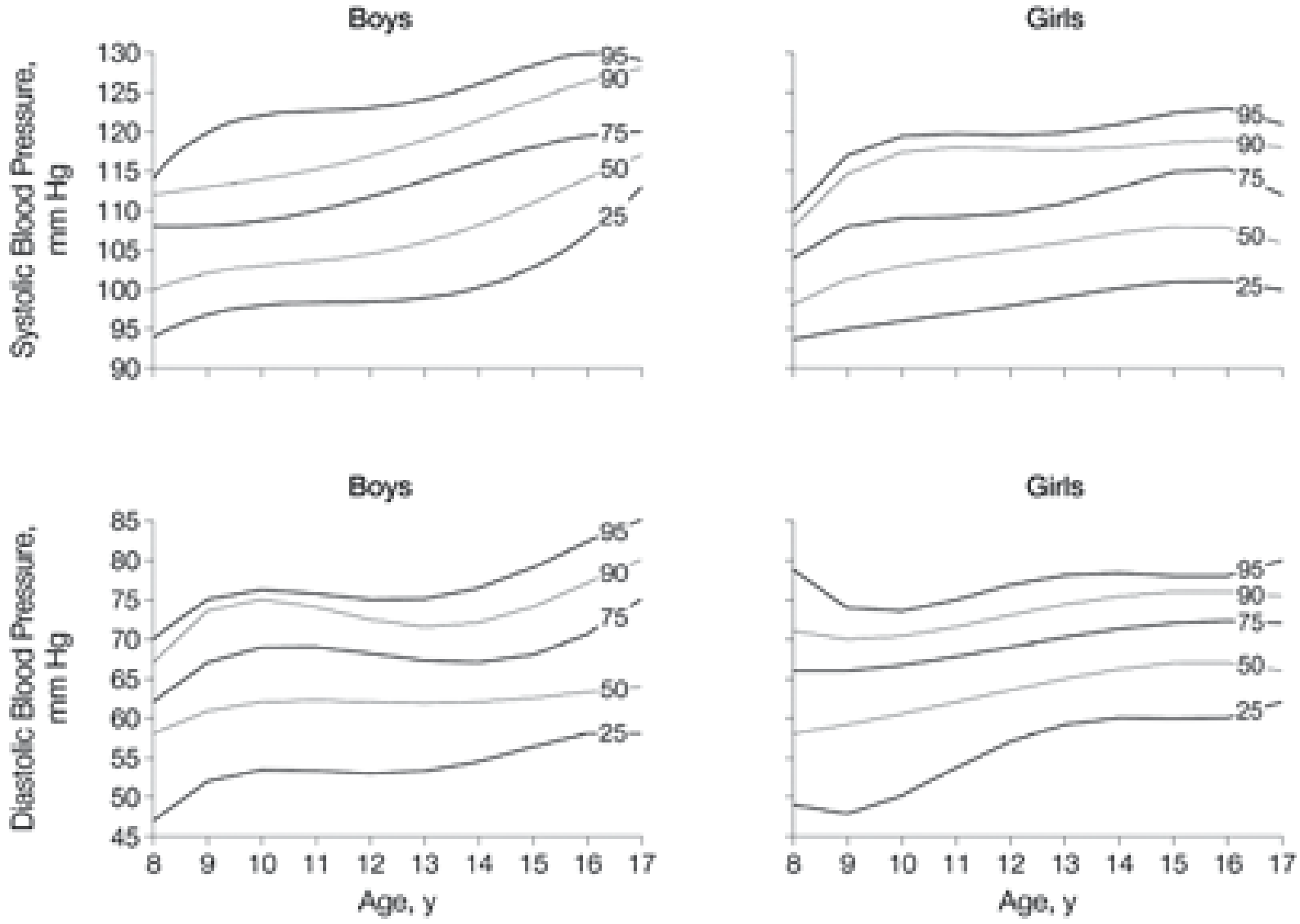

Κορίτσια
kgr/m²
kgr/m²
97
BMI 30
90
BMI 25
75
50
25
10
3
Ηλικία (Έτη)

Η υπέρταση στα παιδιά…

- Συχνότητα: 1-3%
- Δευτεροπαθής τις περισσότερες φορές
- Συχνά το πρώτο εύρημα που θα οδηγήσει στη διάγνωση σοβαρής νόσου
- Η ιδιοπαθής συχνότερη στους εφήβους και συνεχώς αυξανόμενη
- Ακόμη και η ήπια ιδιοπαθής προδιαθέτει στην ανάπτυξη υπέρτασης στην ενήλικη ζωή

Ως εκ τούτου…

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να αποτελεί ***βασικό μέρος της κλινικής εξέτασης σε όλα τα παιδιά > 3 ετών, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο***, ενώ προκειμένου για τα μικρότερα παιδιά μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις από το ιστορικό και την φυσική εξέταση.


Boys
Girls
Systolic Blood Pressure, mm Hg
130
125
120
115
110
105
100
95
90
95
90
75
50
25
Boys
Girls
Diastolic Blood Pressure, mm Hg
85
80
75
70
65
60
55
50
45
95
90
75
50
25
8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
Age, y

Ορισμός της υπέρτασης στα παιδιά

- Φυσιολογική : Α.Π. <90η Ε.Θ.
- Προϋπέρταση : Α.Π. >90η & <95η Ε.Θ.
- Υπέρταση σταδίου 1 : Α.Π. >95η Ε.Θ. & <99η Ε.Θ. + 5 mmHg
- Υπέρταση σταδίου 2 : Α.Π. >99η Ε.Θ. + 5 mmHg

NHBPEPWG (National High Blood Pressure Education Program Working Group) 2004

Ενδείξεις μέτρησης της αρτηριακής πίεσης σε παιδιά ηλικίας < 3 ετών

- Προωρότητα, μικρό βάρος γέννησης/νοσηλεία σε Μ.Ε.Ν.
- Συγγενής καρδιοπάθεια
- Γνωστή νεφρική νόσος ή ανατομική ανωμαλία του ουροποιητικού, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, αιματουρία, λευκωματουρία
- Οικογενειακό ιστορικό συγγενούς νεφροπάθειας
- Μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου
- Κακόηθες νόσημα ή μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Θεραπεία με φάρμακα που αυξάνουν την Α.Π.
- Άλλο συστηματικό νόσημα που προκαλεί υπέρταση

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΚΟΗΣ

- 1-2‰ των παιδιών γεννιούνται με πλήρη κώφωση
- 20-30% των περιπτώσεων παιδικής βαρηκοΐας εγκαθίστανται μετά τη γέννηση
- Βασική η έγκαιρη (<3ο-6ο μήνα, ει δυνατόν στο μαιευτήριο) ανίχνευση και αντιμετώπιση
- Σε κάθε προγραμματισμένη παιδιατρική εξέταση, αναγκαίος ο έλεγχος για το ενδεχόμενο ύπαρξης βαρηκοΐας, ακόμη και σε περιπτώσεις αρνητικής ανιχνευτικής δοκιμασίας

Παράγοντες κινδύνου για βαρηκοΐα στην παιδική ηλικία

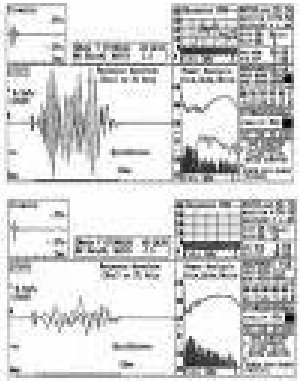
- Οικογενειακό ιστορικό μόνιμης βαρηκοΐας
- Ιστορικό μηνιγγίτιδας - μηνιγγοεγκεφαλίτιδας
- Καθυστέρηση ομιλίας
- Νοσηλεία σε Μ.Ε.Ν. > 5 ημέρες ή < 5 ημέρες, αλλά με:
- *εξωσωματική κυκλοφορία*
- *μηχανικό αερισμό*
- *χορήγηση ωτοτοξικών φαρμάκων (αμινογλυκοσίδες, διουρητικά αγκύλης)*
- *σοβαρή υπερχολερυθριναιμία→ΑΦΜ*
- Συγγενής λοίμωξη (CMV, HSV, τοξόπλασμα, ερυθρά, σύφιλη)
- Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και σύνδρομα

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΚΟΗΣ

- Ωτοακουστικές ή κοχλιακές εκπομπές (otoacoustic emissions / OAEs)







- Ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (auditory brainstem responses / ABR)

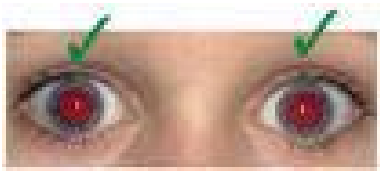
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (Ι)

Νεογνική ηλικία-3 μηνών:

- Επισκόπηση βλεφάρων & οφθαλμικών κόγχων
- Εξωτερική εξέταση οφθαλμικών βολβών, επιπεφυκότων, σκληρού, κερατοειδούς, ίριδας
- Έλεγχος οφθαλμοκινητικότητας
- Ρόδινη ανταύγεια αμφιβληστροειδούς









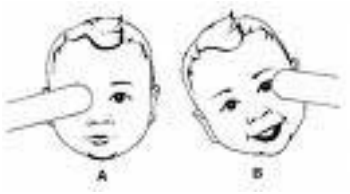


ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΙΙ)

- *6-12 μηνών:*

➢ Έλεγχος οφθαλμοκινητικότητας

➢ Έλεγχος ύπαρξης στραβισμού





- *3-5 ετών:*

➢ Άμεση οφθαλμοσκόπηση (βυθοσκόπηση)

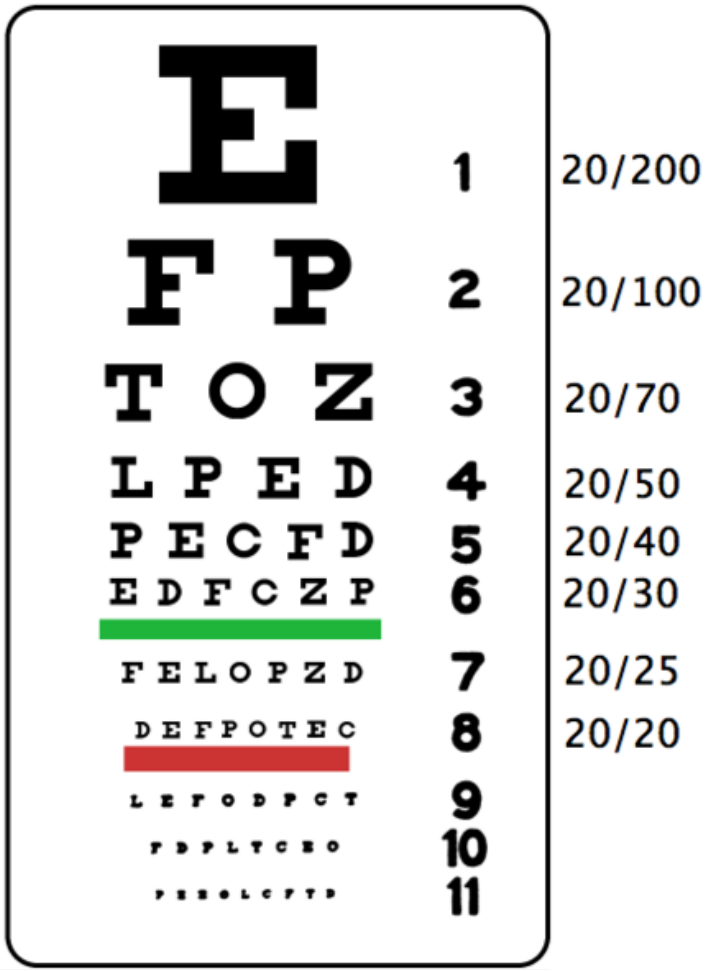
➢ Έλεγχος οπτικής οξύτητας με γράμματα και αριθμούς Snellen, κάρτες HOTV & E και εικόνες

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (III)

Σχολική ηλικία (6-18 ετών):

Εξέταση οπτικής οξύτητας:

- *6-10 ετών: κάθε 2 χρόνια*
- *11-18 ετών: κάθε 3 χρόνια*



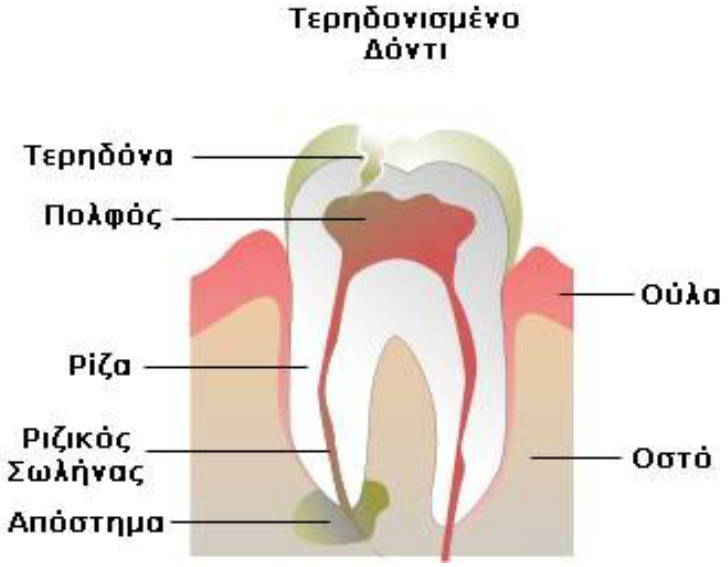




TEETH FOR HEALTH

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (Ι)

- Πρόληψη τερηδόνας
  - *Διατροφή*
  - *Οδοντόβουρτσα / μεσοδόντιο βουρτσάκι*
  - *Φθορίωση*
- Τροχίσκοι φθορίου
- Τοπική εφαρμογή





http://pediatrics.aappublications.org/content/111/5/1113.full

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΙΙ)

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Έγκαιρη διάγνωση από τον παιδίατρο των ανωμαλιών της σύγκλεισης και παραπομπή στον ειδικό





ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Ι)

- Συγγενές εξάρθρημα του ισχίου
- Συγγενής ραιβοϊπποποδία
- Συγγενές ραιβό μετατάρσιο
- Ραιβογονία
- Βλαισογονία
- Πλατυποδία





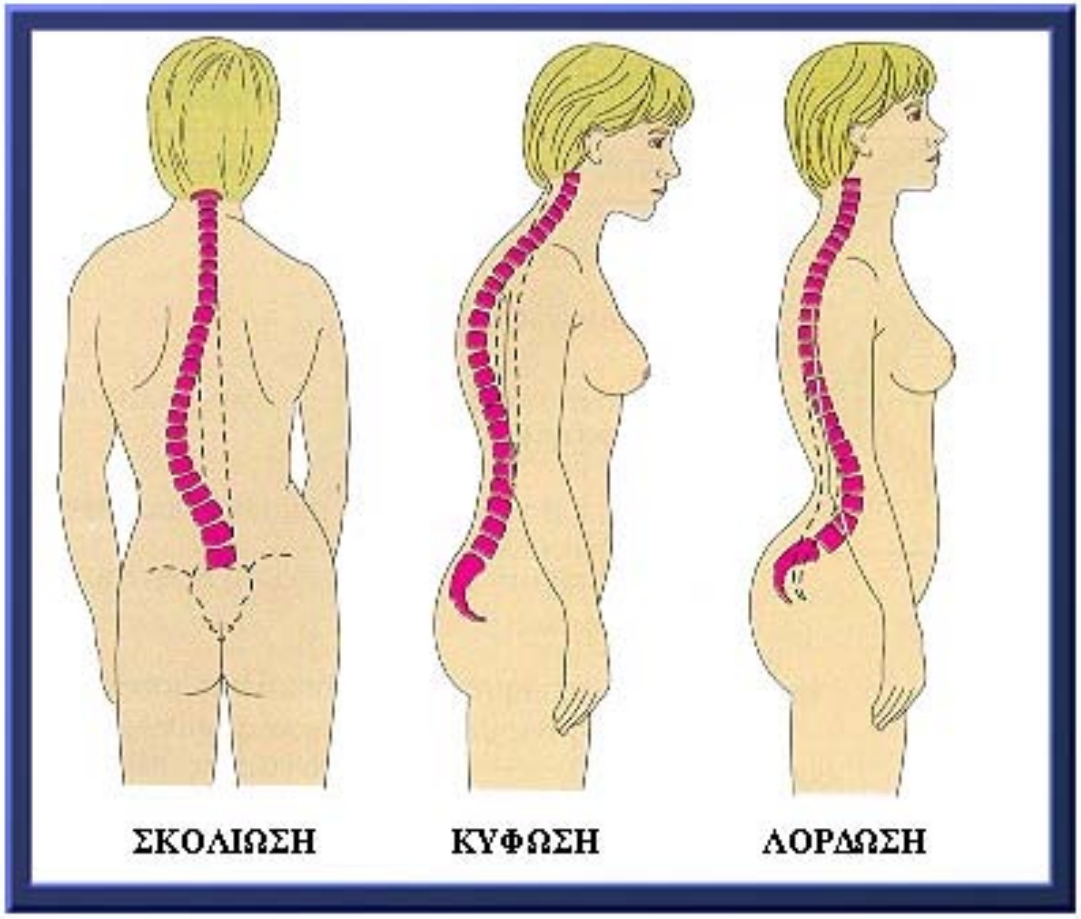






ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (ΙΙ)

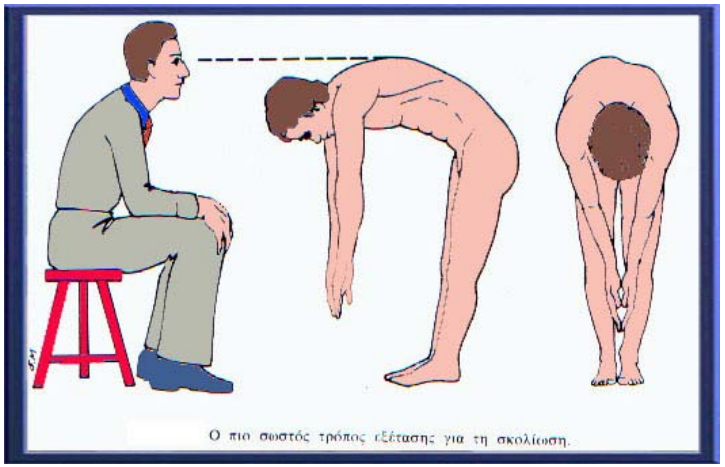
Παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης



Σκολίωση




Signs of scoliosis
Uneven shoulders
Curve in spine
Uneven hips
ADAM.

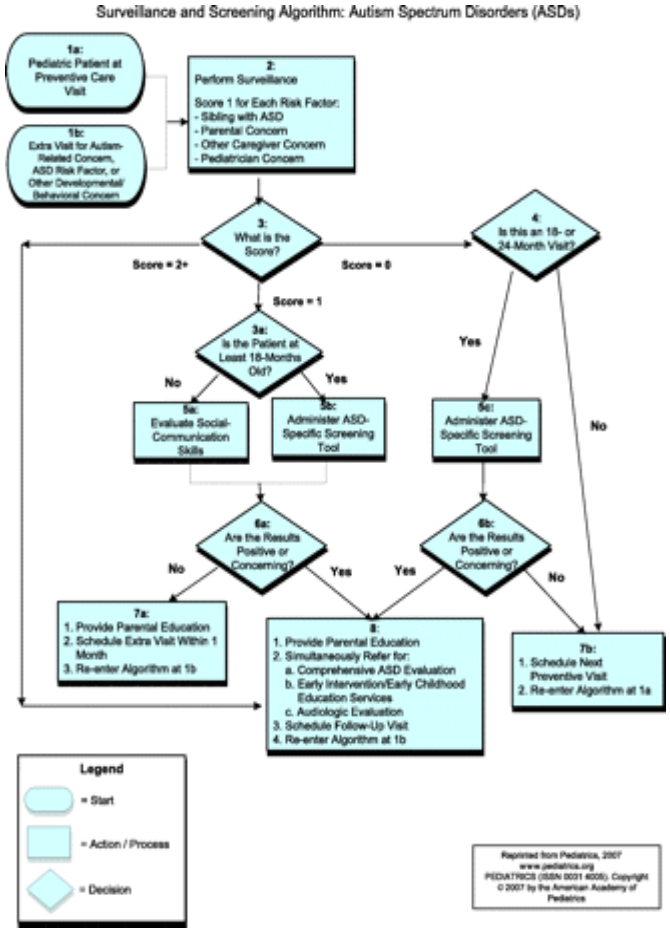

Ο πιο σωστός τρόπος εξέτασης για τη σκολίωση.

Παρακολούθηση νοητικής, κινητικής και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης

- Αναπτυξιακή ανιχνευτική εξέταση από τον παιδίατρο:
- ***6η εβδομάδα ζωής***
- ***8ος ή 9ος μήνας***
- ***18ος μήνας***
- ***2½ ετών***
- ***4 & 5 ετών***
- Εάν παθολογική → Επανάληψη σε 1 μήνα
- Εάν και πάλι παθολογική → Παραπομπή στον ειδικό
- ***Επείγουσα η πρώιμη ανίχνευση διαταραχών των οποίων η θεραπεία είναι εφικτή***
- **Πρώιμη ανίχνευση (18 μηνών ή και νωρίτερα) αυτιστικών διαταραχών**

http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf

Πρώιμη ανίχνευση διαταραχών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού





http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full

Προληπτικός έλεγχος φυματίωσης
Φυματινοαντίδραση Mantoux



- **Σε παιδιά χαμηλού κινδύνου:**
- 12-15 μηνών
- 4-6 ετών
- 12 ετών, εφόσον δεν έχει προηγηθεί BCG

- **Σε παιδιά υψηλού κινδύνου:**
- 12-15 μηνών και ακολούθως κάθε 2 χρόνια έως την ηλικία των 6 ετών
- Κάθε 3 χρόνια, μετά το 7ο έτος

Παιδιά με αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση σιδηροπενικής αναιμίας

- Δίδυμη κύηση / Μικρό βάρος γέννησης
- Περιγεννητική αιμορραγία
- Χαμηλή Hb στη γέννηση
- Ταχύς ρυθμός αύξησης / Κορίτσια μετά την εμμηναρχή
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη
- Χρόνια υποξία /Διαμονή σε ορεινή περιοχή
- Συχνές λοιμώξεις
- Πρώιμη χορήγηση γάλακτος αγελάδας ή / και στερεών τροφών
- Συχνή χορήγηση τσαγιού
- Ελαττωμένη πρόσληψη κρέατος, βιταμίνης C
- Μητρικός θηλασμός > 6 μήνες, χωρίς τη λήψη σιδήρου

http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1040.full

Μέτρηση Hb, Htc, MCV & RDW

- Σε όλα τα βρέφη σε ηλικία 9-12 μηνών
- *Επανεκτίμηση κινδύνου για επανέλεγχο σε ηλικία 15-30 μηνών*
- Στους εφήβους κατά περίπτωση:
  - *Ταχύς ρυθμός αύξησης*
  - *Ανεπαρκής πρόσληψη σιδήρου με την τροφή*
  - *Έμμηνη ρύση*
- Στις υπόλοιπες ηλικίες, ανάλογα με την παρουσία ή μη παραγόντων κινδύνου για σιδηροπενική αναιμία

Προληπτικός έλεγχος λιπιδίων (Τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες)

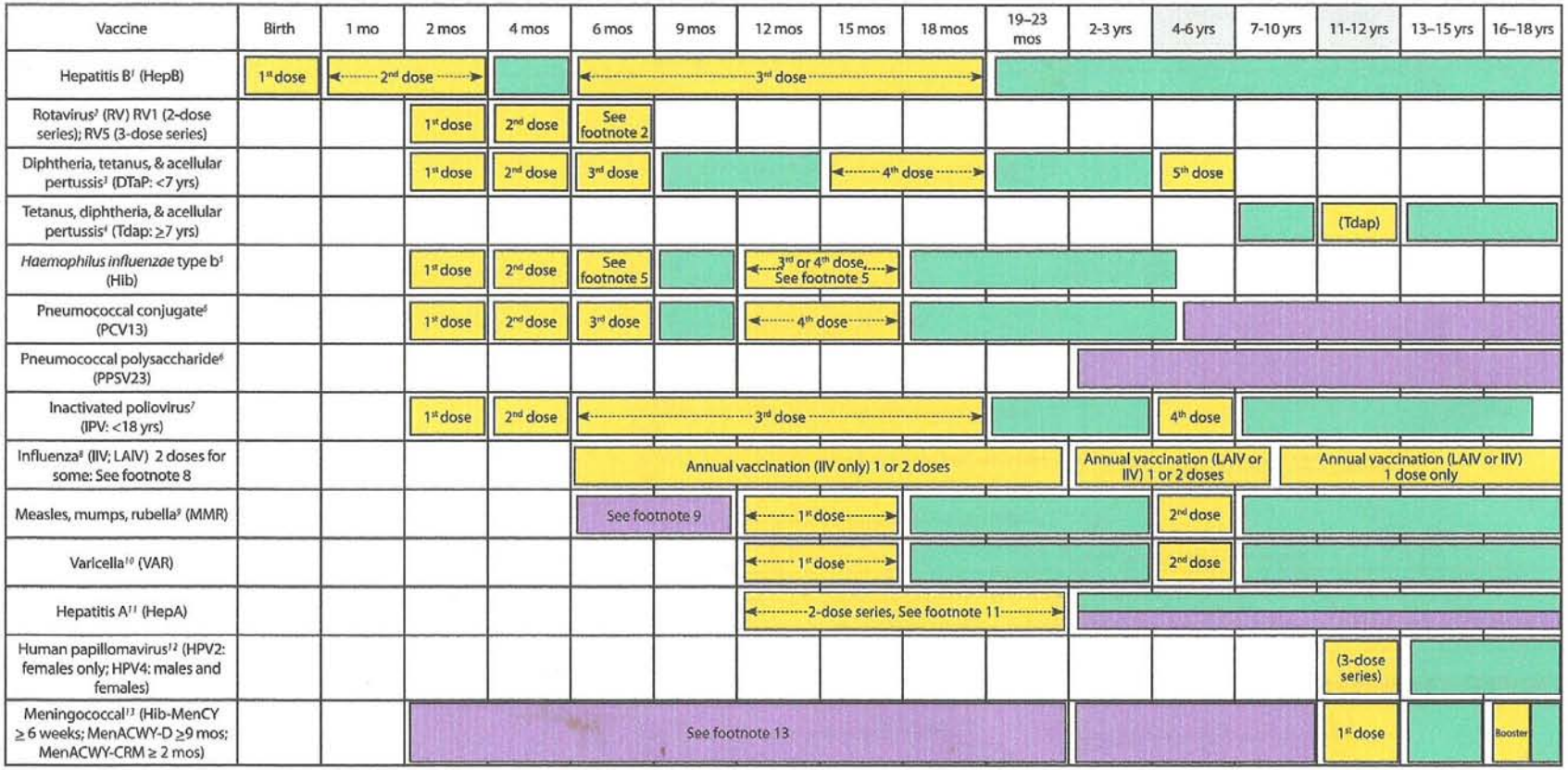
- Κανένας έλεγχος πριν από την ηλικία των 2 χρόνων
- Σε **όλα** τα παιδιά *9-11 ετών* μέτρηση *non-HDL-C χωρίς νηστεία* / Επανέλεγχος *17-21 ετών*…
- Από ηλικίας *2 ετών πλήρης έλεγχος (TC, LDL-C, HDL-C, TG)* σε παιδιά με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας ή πρώιμης στεφανιαίας νόσου, σε παιδιά υπέρβαρα ή παχύσαρκα ή με άλλους παράγοντες κινδύνου…
- Διατροφή με μειωμένη περιεκτικότητα σε λίπος από ηλικίας 1 έτους, σε παιδιά υψηλού κινδύνου…
- Φαρμακευτική αγωγή βάσει κριτηρίων μετά το 10ο έτος…

http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd_ped/index.htm

Figure 1. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years – United States, 2015.

(FOR THOSE WHO FALL BEHIND OR START LATE, SEE THE CATCH-UP SCHEDULE [FIGURE 2]).

These recommendations must be read with the footnotes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars in Figure 1. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Figure 2). School entry and adolescent vaccine age groups are shaded.



Range of recommended ages for all children

Range of recommended ages for catch-up immunization

Range of recommended ages for certain high-risk groups

Range of recommended ages during which catch-up is encouraged and for certain high-risk groups

Not routinely recommended

This schedule includes recommendations in effect as of January 1, 2015. Any dose not administered at the recommended age should be administered at a subsequent visit, when indicated and feasible. The use of a combination vaccine generally is preferred over separate injections of its equivalent component vaccines. Vaccination providers should consult the relevant Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) statement for detailed recommendations, available online at http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html. Clinically significant adverse events that follow vaccination should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) online (http://www.vaers.hhs.gov) or by telephone (800-822-7967). Suspected cases of vaccine-preventable diseases should be reported to the state or local health department. Additional information, including precautions and contraindications for vaccination, is available from CDC online (http://www.cdc.gov/vaccines/recs/vac-admin/contraindications.htm) or by telephone (800-CDC-INFO [800-232-4636]).

This schedule is approved by the Advisory Committee on Immunization Practices (http//www.cdc.gov/vaccines/acip), the American Academy of Pediatrics (http://www.aap.org), the American Academy of Family Physicians (http://www.aafp.org), and the American College of Obstetricians and Gynecologists (http://www.acog.org).

NOTE: The above recommendations must be read along with the footnotes of this schedule.

New Vaccines in 2016 Pediatric Immunization Schedule

- Two meningococcal B vaccines have been licensed by the US Food and Drug Administration: *Trumenba* (Wyeth Pharmaceuticals) in October 2014 and *Bexsero* (Novartis) in January 2015. In October 2015, the CDC's Advisory Committee on Immunization Practices recommended considering the use of either vaccine for adolescents and young adults aged 16 to 23 years.
- In the 2016 chart, a new row has been added for the meningococcal B vaccine. It contains a purple bar denoting the recommendation to vaccinate certain high-risk persons aged 10 years and older and a blue bar denoting the recommendation for administration to non-high-risk groups subject to individual clinical decision making for individuals aged 16 through 23 years (the preferred age range is 16 - 18 years).
- For human papillomavirus immunization, the new vaccine nomenclature has been changed to "9vHPV," to denote Merck's *Gardasil 9*, which was licensed in December 2014 to replace the prior 4-valent version. On the chart, the HPV row contains an additional purple bar from age 9 to 10 years, denoting a recommendation to vaccinate high-risk children in that group, including those with a history of sexual abuse.

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2015*

Ηλικία ▶ / *Εμβόλιο* ▼	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-15 ετών	16-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (γέννηση) (HepB)[1]	HepB	HepB		HepB	HepB 3 ή 4 δόσεις				HepB						
HepB όταν δεν γίνει στη γέννηση[1]			HepB	HepB	HepB 3 δόσεις				HepB						
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό Κοκκύτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥ 7 ετών)[2]			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP		DTaP	Tdap-IPV	Tdap-IPV	Tdap-IPV	
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib)[3]			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib		Hib		Hib				
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV)[4]			IPV	IPV	IPV				IPV		IPV		IPV		
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV13)[5]			PCV13	PCV13	PCV13	PCV13			PCV13			PCV13			
Πνευμονιόκοκκου πολυσακχ/κό (PPSV23)[5]										PPSV23					
Μηνιγγιτιδόκοκκου συζευγμένο (MCC, MCV4)[6]						MCC 1 δόση	MCC 1 δόση						MCV4 1 δόση	MCV4 1 δόση	
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR)[7]						MMR 1η δόση		MMR			MMR 2η	MMR			
Ανεμευλογιάς (VAR)[8]						VAR 1η δόση		VAR			VAR 2η	VAR			
Ηπατίτιδας Α (HepA)[9]						HepA 2 δόσεις				HepA					
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)[10]													HPV 2 δόσεις	HPV 3 δόσεις	
Φυματίωσης (BCG)[11]	BCG					Mantoux					BCG	BCG			
Γρίπης[12]					Ετησίως σε ομάδες υψηλού κινδύνου										
Ρότα ιού (RV)[13]			RV1 ή RV5	RV1 ή RV5	RV5										

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων. Το εμβόλιο κάτω από τη διακεκομμένη γραμμή συνιστάται , αλλά συνταγογραφείται με συμμετοχή

Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας

Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιασθούν

Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε . ομάδες αυξημένου κινδύνου)

Δεν συστήνονται



Παρακολούθηση και φροντίδα της υγείας των εφήβων

- Οδηγίες για διατροφή
- Σεξουαλική ενημέρωση / Πρόληψη, διάγνωση & θεραπεία σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων
- Αποφυγή ανεπιθύμητης κύησης
- Κοπέλες (>21 ετών) με ενεργό σεξουαλική ζωή → Pap test (ακόμη κι αν έχουν υποβληθεί σε HPV εμβολιασμό)
- Έλεγχος και συμβουλευτική σε θέματα:

- *εμβολιασμών*
- *σχολικής επίδοσης*
- *ψυχικής υγείας (με ιδιαίτερη έμφαση στην **κατάθλιψη**)*
- *καπνίσματος*
- *κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών*
- *ναρκωτικών ουσιών*
- *HIV (σε ηλικία 16-18 ετών)*

Adolescents and HIV Infection:
The Pediatrician's Role in Promoting Routine Testing

- *Universal and routine HIV testing for all patients seen in health care settings who are 13 to 64 years of age*



- The CDC recommends that:

  Routine screening be offered to all adolescents at least once by 16 to 18 years of age in health care settings when the prevalence of HIV in the patient population is more than 0.1%

- In areas of lower community HIV prevalence, routine HIV testing is encouraged for all sexually active adolescents and those with other risk factors for HIV

Επίσης οι έφηβοι πρέπει να ελέγχονται για:

- όραση (Snellen test)
- ακοή (ακοομετρία) όταν υπάρχουν ενδείξεις βαρηκοΐας
- Hb & Htc κατά περίπτωση
- Άλλα λοιμώδη νοσήματα κατά περίπτωση
- διαταραχές των λιπιδίων, ιδίως εάν (+) οικογενειακό ιστορικό
- πιθανή κύηση με hCG ούρων, επί υποψίας από το ιστορικό

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

	ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (μήνες)								ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (μήνες)							ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (έτη)						ΕΦΗΒΕΙΑ (έτη)										
ΗΛΙΚΙΑ	-	0	1/2	1	2	4	6	9	12	15	18	24	30	36	48	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
ΙΣΤΟΡΙΚΟ																																
Πρόσφατο / Μεσοδιαστήματος	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ																																
Μήκος / Ύψος & Βάρος		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Περίμετρος κεφαλής		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																				
Σχέση βάρους / μήκος		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																					
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)												●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Αρτηριακή πίεση		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ																																
Όραση		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●	●	●	*	●	*	●	*	●	*	*	●	*	*	●	*	*	*
Ακοή		●	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●	●	*	●	*	●	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ / ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ																																
Αναπτυξιακός έλεγχος								●			●		●																			
Έλεγχος αυτισμού											●	●																				
Παρακολούθηση ανάπτυξης		●	●	●	●	●	●		●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ψυχοκοινωνική κατάσταση/συμπεριφορά		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Προσδιορισμός χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών																						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ																																
Νεογνολογικός έλεγχος μεταβολικών / αιματολογικών νοσημάτων		←	●	→	→																											
Αιματοκρίτης / αιμοσφαιρίνη						*			●		*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mantoux (PPD)				*			*		*		*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Έλεγχος δυσλιπιδαιμίας												*			*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	*	←	←	●	→
Έλεγχος για σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα																						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Εξέταση για δυσπλασία τραχήλου μήτρας																																*
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ							*	*	●ή*		●ή*	●ή*	●ή*	●			●															
ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

● αναγκαίο * εκτίμηση κινδύνου και έλεγχος βάσει αυτού ←●→ προτεινόμενη ηλικία και ηλικιακό εύρος

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Recommendations for Preventive Pediatric Health Care

Bright Futures/American Academy of Pediatrics

Bright Futures™
prevention and health promotion for infants, children, adolescents, and their families™

Each child and family is unique; therefore, these **Recommendations for Preventive Pediatric Health Care** are designed for the care of children who are receiving competent parenting, have no manifestations of any important health problems, and are growing and developing in satisfactory fashion. **Additional visits may become necessary** if circumstances suggest variations from normal.

Developmental, psychosocial, and chronic disease issues for children and adolescents may require frequent counseling and treatment visits separate from preventive care visits.

These guidelines represent a consensus by the American Academy of Pediatrics (AAP) and Bright Futures. The AAP continues to emphasize the great importance of **continuity of care** in comprehensive health supervision and the need to avoid **fragmentation of care.**

The recommendations in this statement do not indicate an exclusive course of treatment or standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Copyright © 2008 by the American Academy of Pediatrics.

No part of this statement may be reproduced in any form or by any means without prior written permission from the American Academy of Pediatrics except for one copy for personal use.

	INFANCY								EARLY CHILDHOOD							MIDDLE CHILDHOOD						ADOLESCENCE										
AGE[1]	PRENATAL[2]	NEWBORN[3]	3–5 d[4]	By 1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo	12 m	15 mo	18 mo	24 mo	30 mo	3 y	4 y	5 y	6 y	7 y	8 y	9 y	10 y	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y	19 y	20 y	21 y
HISTORY Initial/Interval	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MEASUREMENTS																																
Length/Height and Weight		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Head Circumference		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																				
Weight for Length		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																					
Body Mass Index												●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Blood Pressure[5]		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SENSORY SCREENING																																
Vision		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	●[6]	●	●	●	★	●	★	●	★	●	★	★	●	★	★	●	★	★	★
Hearing		●[7]	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	●	●	●	★	●	★	●	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
DEVELOPMENTAL/BEHAVIORAL ASSESSMENT																																
Developmental Screening[8]								●			●		●																			
Autism Screening[9]											●	●																				
Developmental Surveillance[8]		●	●	●	●	●	●		●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Psychosocial/Behavioral Assessment		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Alcohol and Drug Use Assessment																						★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
PHYSICAL EXAMINATION[10]		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PROCEDURES[11]																																
Newborn Metabolic/Hemoglobin Screening[12]		◄———	●	———►																												
Immunization[13]		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hematocrit or Hemoglobin[14]						★			●		★	★		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Lead Screening[15]							★	★	●or★[16]		★	●or★[16]		★	★	★	★															
Tuberculin Test[17]				★			★		★		★	★		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Dyslipidemia Screening[18]												★			★		★		★		★	★	★	★	★	★	★	★	◄————	●	————►
STI Screening[19]																						★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Cervical Dysplasia Screening[20]																						★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
ORAL HEALTH[21]							★	★	●or★[21]		●or★[21]	●or★[21]	●or★[21]	●[22]			●[22]															
ANTICIPATORY GUIDANCE[23]	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

1. If a child comes under care for the first time at any point on the schedule, or if any items are not accomplished at the suggested age, the schedule should be brought up to date at the earliest possible time.
2. A prenatal visit is recommended for parents who are at high risk, for first-time parents, and for those who request a conference. The prenatal visit should include anticipatory guidance, pertinent medical history, and a discussion of benefits of breastfeeding and planned method of feeding per AAP statement "The Prenatal Visit" (2001) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;107/6/1456].
3. Every infant should have a newborn evaluation after birth, breastfeeding encouraged, and instruction and support offered.
4. Every infant should have an evaluation within 3 to 5 days of birth and within 48 to 72 hours after discharge from the hospital, to include evaluation for feeding and jaundice. Breastfeeding infants should receive formal breastfeeding evaluation, encouragement, and instruction as recommended in AAP statement "Breastfeeding and the Use of Human Milk" (2005) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496]. For newborns discharged in less than 48 hours after delivery, the infant must be examined within 48 hours of discharge per AAP statement "Hospital Stay for Healthy Term Newborns" (2004) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;113/5/1434].
5. Blood pressure measurement in infants and children with specific risk conditions should be performed at visits before age 3 years.
6. If the patient is uncooperative, rescreen within 6 months per the AAP statement "Eye Examination in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians" (2007) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;111/4/902].
7. All newborns should be screened per AAP statement "Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs " (2000) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;106/4/798]. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics.* 2007;120:898–921.
8. AAP Council on Children With Disabilities, AAP Section on Developmental Behavioral Pediatrics, AAP Bright Futures Steering Committee, AAP Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics.* 2006;118:405–420 [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;118/1/405].
9. Gupta VB, Hyman SL, Johnson CP, et al. Identifying children with autism early? *Pediatrics.* 2007;119:152–153 [URL: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/119/1/152].
10. At each visit, age-appropriate physical examination is essential, with infant totally unclothed, older child undressed and suitably draped.
11. These may be modified, depending on entry point into schedule and individual need.
12. Newborn metabolic and hemoglobinopathy screening should be done according to state law. Results should be reviewed at visits and appropriate retesting or referral done as needed.
13. Schedules per the Committee on Infectious Diseases, published annually in the January issue of *Pediatrics.* Every visit should be an opportunity to update and complete a child's immunizations.
14. See AAP *Pediatric Nutrition Handbook,* 5th Edition (2003) for a discussion of universal and selective screening options. See also Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR.* 1998;47(RR-3):1–36.
15. For children at risk of lead exposure, consult the AAP statement "Lead Exposure in Children: Prevention, Detection, and Management" (2005) [URL: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;116/4/1036]. Additionally, screening should be done in accordance with state law where applicable.
16. Perform risk assessments or screens as appropriate, based on universal screening requirements for patients with Medicaid or high prevalence areas.
17. Tuberculosis testing per recommendations of the Committee on Infectious Diseases, published in the current edition of *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases.* Testing should be done on recognition of high-risk factors.
18. "Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report" (2002) [URL: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/106/25/3143] and "The Expert Committee Recommendations on the Assessment, Prevention, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity." Supplement to *Pediatrics.* In press.
19. All sexually active patients should be screened for sexually transmitted infections (STIs).
20. All sexually active girls should have screening for cervical dysplasia as part of a pelvic examination beginning within 3 years of onset of sexual activity or age 21 (whichever comes first).
21. Referral to dental home, if available. Otherwise, administer oral health risk assessment. If the primary water source is deficient in fluoride, consider oral fluoride supplementation.
22. At the visits for 3 years and 6 years of age, it should be determined whether the patient has a dental home. If the patient does not have a dental home, a referral should be made to one. If the primary water source is deficient in fluoride, consider oral fluoride supplementation.
23. Refer to the specific guidance by age as listed in Bright Futures Guidelines. (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents.* 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.)

KEY

● = to be performed ★ = risk assessment to be performed, with appropriate action to follow, if positive ◄——● ——► = range during which a service may be provided, with the symbol indicating the preferred age

Changes in the 2014 Periodicity Schedule

- Depression screening has been added, with suggested screenings every year from ages 11 through 21
- A screening for dyslipidemia is added for patients between 9 and 11 years old
- A risk assessment is added at 15 and 30 months for hematocrit or hemoglobin screening
- An HIV screen is added for adolescents between 16 and 18 years. Risk assessments for STIs should continue at each teen visit except for ages 16-18
- Screen for cervical dysplasia *only* at 21 years (instead of risk assessment every year from ages 11 through 21)
- A screening for critical congenital heart disease using pulse oximetry has been added and should be performed in the hospital before newborn discharge


BRIGHT
FUTURES