

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Εργαζομένων σε βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς
 Συμπληρώνεται ανά 2 έτη (με εξαίρεση τον έλεγχο φυματίωσης)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____

Επαγγελματική ιδιότητα: _____

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Επιπλέον, ο εργαζόμενος, υποβλήθηκε σε:

- Παρασιτολογική/καλλιέργεια κοπράνων ΝΑΙ ΟΧΙ

(μόνο για τα άτομα που έρχονται σε άμεση ή έμμεση επαφή με τρόφιμα)

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (από Πνευμονολόγο ή Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η, εξετάστηκε σύμφωνα με το ΦΥΛΛΟ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ (ανά 4 έτη) και υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακος (μόνο για τους νεοπροσληφθέντες).

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε δερματολογική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από μεταδοτικό δερματολογικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Δερματολόγου

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ψυχιατρική εξέταση, με την οποία βεβαιώνεται η ψυχική υγεία και καταλληλότητα του, προκειμένου να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ψυχιάτρου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
 Αγράφων 3-5 ΤΚ 15123 Μαρούσι

ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:.....Ειδικότητα:.....
 Μονάδα υγείας/Ιδιωτικό Ιατρείο:.....
 Τηλέφωνο επικοινωνίας:Ημ/νία διενέργειας εκτίμησης:...../...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΚΤΙΜΑΤΑΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:
 Ηλικία (σε έτη):.....Φύλο: Α Θ Εθνικότητα:.....

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

α. Βήχας διάρκειας>3 εβδομάδων	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	β. Πυρετός, ανεξήγητος	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
γ. Αιμόπτυση	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	δ. Νυχτερινές εφιδρώσεις	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
ε. Απώλεια Σ.Β./ανορεξία	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	στ. Κακουχία	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ Μ.ΤUBERCULOSIS

α. Ιστορικό στενής επαφής με ασθενή με μεταδοτική φυματίωση	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
β. Γέννηση/παραμονή ≥1 μήνα σε περιοχή αυξημένης επίπτωσης φυματίωσης (περιοχή με επίπτωση φυματίωσης >20 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού βλ. WHO Global TB Report http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
γ. Ιστορικό διαμονής/απασχόλησης σε περιβάλλον υψηλού κινδύνου (π.χ. σωφρονιστικές εγκαταστάσεις, γηροκομεία, καταφύγια άστεγων, νοσοκομεία, άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

α. Νόσημα/θεραπευτική αγωγή που επιφέρει ανοσοκαταστολή (π.χ. HIV/AIDS, μεταμόσχευση οργάνου/μυελού οστών, κορτικοειδή σε δόση αντίστοιχη με > 15 mg prednisona/ημέρα για >1 μήνα ή ανταγωνιστής TNF-α)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
β. Νόσημα/κατάσταση που αυξάνει τον κίνδυνο εξέλιξης λαθάνουσα σε ενεργό φυματίωση [σακχαρώδης διαβήτης, πυριτίαση, καρκίνος κεφαλής-τραχήλου ή πνεύμονα, αιματολογικό νόσημα ή νόσημα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (π.χ. νόσος Hodgkin's ή λευχαιμία), τελικού σταδίου ΧΝΑ, γαστρεκτομή ή εντερική παράκαμψη, χρόνια δυσασπορρόφηση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. ≥10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (≥1 πακέτο/ημέρα)]	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
γ. Παρουσία ινωδοσκληρυντικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

α. Ιστορικό εμβολιασμού με BCG	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
β. Προηγούμενη δερμ/ση Mantoux	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ημ/νία διενέργειας: .../...../..... Σκληρία σε mm:.....
γ. Προηγούμενη δοκιμασία IGRA	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ημ/νία: .../...../..... Θετική <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Αδιευκρίνιστη <input type="checkbox"/>
δ. Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	

Λαθάνουσα φυματίωση Ενεργός φυματίωση Εντόπιση.....Έναρξη θεραπείας(έτος).....
 Διάρκεια θεραπείας(σε μήνες/έτη).....Αντιφυματικά φάρμακα.....

ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ (Ενός ή δύο βημάτων)

<p style="text-align: center;">Δερμοαντίδραση Mantoux # 1</p> Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm	<p style="text-align: center;">Δερμοαντίδραση Mantoux # 2</p> Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IGRA

Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....

Θετική Αρνητική Αδιευκρίνιστη

Άτομα που εμφανίζουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα ή θετική δερμοαντίδραση Mantoux ή θετική δοκιμασία IGRA, θα πρέπει να υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο με α/α θώρακος και ενδεχομένως και άλλες εξετάσεις, κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση.