

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤ

**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 Επιτήρησησης και Παράγματος  
 Αγροτών 3-5 ΤΚ 15123 Μαρούσι

**ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:..... Ειδικότητα:.....

Μισθός υγείας/ιδιωτικό ιατρείο:.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... Ημ/νία διενέργειας εκτίμησης:...../...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΚΤΙΜΑΤΑΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο:.....

Ηλικία (σε έτη):..... Φύλο: Α ♀ Εθνικότητα:.....

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

- |                                  |         |                          |         |
|----------------------------------|---------|--------------------------|---------|
| α. Βήχας διάρκειας > 8 εβδομάδων | Ναι/Όχι | β. Γυρετός, ανεξήγητος   | Ναι/Όχι |
| γ. Αιμόπτυση                     | Ναι/Όχι | δ. Νυχτερινές εφιδρώσεις | Ναι/Όχι |
| ε. Απώλεια Σ.Β./ανορεξία         | Ναι/Όχι | στ. Κακουχία             | Ναι/Όχι |

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΜΗ ΑΠΟ Μ. TUBERCULOSIS**

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

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΝ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

- |   |         |
|---|---------|
| α. Νόσημα/θεραπευτική αγωγή που επιφέρει ανοσοκαταστολή (π.χ. HIV/AIDS, μεταμόσχευση οργάνου/μυελού οστών, κορτικοειδή σε δόση αντιστοιχή με > 15 mg prednisone/ημέρα για > 1 μήνα ή ανταγωνιστής TNF-α)  | Ναι/Όχι |
| β. Νόσημα/κατάσταση που αυξάνει τον κίνδυνο εξέλιξης λαθάνουσας σε ενεργό φυματίωση (σακχαρώδης διαβήτης, πυρίτιση, καρκίνος κεφαλής τραχήλου ή πνεύμονα, αιματολογικό νόσημα ή νόσημα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (π.χ. νόσος Hodgkin's ή λευχαιμία), τελικού σταδίου ΧΝΑ, γαστροεπιτομή ή εντερική παρακάμψη, χρόνια δυσαιμορροΐση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. > 10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (> 1 πακέτο/ημέρα) | Ναι/Όχι |
| γ. Παρουσία ινυδοσκληρυντικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος  | Ναι/Όχι |

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ**

- |  |         |                                      |                                |
|--|---------|--------------------------------------|--------------------------------|
| α. Ιστορικό εμβολιασμού με BCG   | Ναι/Όχι | Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... | Παθησία σε ημ/νία:.....        |
| β. Προηγούμενη δερμ/ση Μαντούχ   | Ναι/Όχι | Ημ/νία:...../...../.....             | Θετική= Αρνητική= Αδευκρόληστη |
| γ. Προηγούμενη δοκιμασία IGRA  | Ναι/Όχι | Ημ/νία:...../...../.....             | Θετική= Αρνητική= Αδευκρόληστη |
| δ. Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας | Ναι/Όχι |                                      |                                |

Λαθάνουσα φυματίωση:..... Ενεργός φυματίωση:..... Εντοπισση:..... Έναρξη θεραπείας(έτος):.....

Διάρκεια Θεραπείας(σε μήνες/έτη):..... Αντιφυματικά φάρμακα:.....

**ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ (Ενός ή δύο βημάτων)**

Δερμοαντίδραση Μαντούχ # 1		Δερμοαντίδραση Μαντούχ # 2	
Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....	Τιμή (mm).....	Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....	Τιμή (mm).....

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IGRA Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... Θετική= Αρνητική= Αδευκρόληστη=

Άτομα που εμφανίζουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα ή θετική δερμοαντίδραση Μαντούχ 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 επίληψη.