

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ****Εργαζομένων σε βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς**

Συμπληρώνεται ανά 2 έτη (με εξαίρεση τον έλεγχο φυματίωσης)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Ονοματεπώνυμο: _____

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

Υπουργείο Υγείας
Δ/ση Δημόσιας Υγείας

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 ☐ Όχι ☐ β. Πυρετός, ανεξήγητος ☐ Ναι ☐ Όχι

γ. Αιμόπτυση ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ δ. Νυκτερινές εφιδρώσεις ☐ Ναι ☐ Όχι

ε. Απώλεια Σ.Β./ανορεξία ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ στ. Κακουχία ☐ Ναι ☐ Όχι

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ 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 http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) ☐ Ναι ☐ Όχι

γ. Ιστορικό διαμονής/απασχόλησης 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 αντίστοιχη 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, 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 δυσασπορίσση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. ≥10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (≥1 πακέτο/ημέρα)] ☐ Ναι ☐ Όχι

γ. Παρουσία ινωδοσκληρυντικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος ☐ Ναι ☐ Όχι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

α. Ιστορικό εμβολιασμού με BCG ☐ Ναι ☐ Όχι

β. Προηγούμενη δερμ/ση Mantoux ☐ Ναι ☐ Όχι Ημ/νία διενέργειας: .../.../... Σκληρία σε mm: #.....

γ. Προηγούμενη δοκιμασία IGRA ☐ Ναι ☐ Όχι Ημ/νία: .../.../... Θετική ☐ Αρνητική ☐ Αδιευκρίνιστη ☐

δ. Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας ☐ Ναι ☐ Όχι

Λαθάνουσα φυματίωση ☐ Ενεργός φυματίωση ☐ Εντόπιση.....Έναρξη θεραπείας(έτος).....

Διάρκεια θεραπείας(σε μήνες/έτη).....Αντιφυματικά φάρμακα.....

ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ MANTOUX (Ενός ή δύο βημάτων)

Δερμοαντίδραση Mantoux # 1	Δερμοαντίδραση Mantoux # 2
Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....	Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....
Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm	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.