

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 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 M.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 περιθαλψής) Ναι Όχι

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 αντιστοιχεί 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 δυσαπορρόφηση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. $\geq 10\%$ 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 αντιφυμακτικής θεραπείας Ναι Όχι

Λανθάνουσα φυματίωση Ενεργός φυματίωση Εντόπιση.....Εναρξη θεραπείας(έτος).....

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

ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ (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.