

**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 Παράγματος  
 Αγρασών 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 Φ Εθνικότητα: .....

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

α. Βήχας διάρκειας > 3 εβδομάδων	Ναι/ Όχι	β. Γυρετός, ανεξήγητος	Ναι/ Όχι
γ. Αιμόπτυση	Ναι/ Όχι	δ. Νυχτερινές εφιδρώσεις	Ναι/ Όχι
ε. Απώλεια Σ.Β./ανωρεξία	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 <a href="http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/">http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/</a> )	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 (σοκωσώδης διαβήτης, πυρίτιση, καρκίνος κεφαλής-τραχήλου ή πνεύμονα, αιματολογικό νόσημα ή νόσημα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (π.χ. νόσος Hodgkin's ή λευχαιμία), τελικού σταδίου ΧΝΑ, νεοπλασία ή εντερική παράκαμψη, χρόνια δυσασρορόφηση, χαμηλό Σ.Β. (π.χ. Σ.Β. > 10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (> 1 πακέτο/ημέρα))	Ναι/ Όχι
γ. Παρουσία ινδοοσκληρωτικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος	Ναι/ Όχι

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ**

α. Ιστορικό εμβολιασμού με BCG	Ναι/ Όχι	Ημ/νία διενέργειας: ...../...../.....	Σημεία σε mm: .....
β. Προηγούμενη δερμ/ση Μαντουξ	Ναι/ Όχι	Ημ/νία: ...../...../.....	Θετική/ Αρνητική/ Αδευκρίνιστη
γ. Προηγούμενη δοκιμασία IGRA	Ναι/ Όχι	Ημ/νία: ...../...../.....	Θετική/ Αρνητική/ Αδευκρίνιστη
δ. Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματιώσεως θεραπείας	Ναι/ Όχι		

Λαθάνουσα φυματίωση - Ενεργός φυματίωση - Εντόπιση..... Έναρξη Θεραπείας (έτος).....

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

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

<b>Δερμοαντίδραση Μαντουξ # 1</b>		<b>Δερμοαντίδραση Μαντουξ # 2</b>	
Ημ/νία διενέργειας: ...../...../.....	Μήκος εμφάνισης: ..... mm	Ημ/νία διενέργειας: ...../...../.....	Μήκος εμφάνισης: ..... mm

**ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IGRA** Ημ/νία διενέργειας: ...../...../..... Θετική/ Αρνητική/ Αδευκρίνιστη..

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