

κοινή: -σχ. μων.
-υπ. σχ. δρ. } scan



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
Π/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ
ΤΜΗΜΑ Β' ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Μαρούσι, Τ.Κ. 15180

Πληροφορίες : Τασία Ξυλόκοτα
Ιωάννα Γκούλη
Τηλέφωνο : 210-3442579
Fax : 210-3443013
e-mail: t05sde1@minedu.gov.gr

Δ/ΝΣΗ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΡΟΔΟΠΗΣ
Αριθ. Πρωτ. 6337
Ημερομηνία 30/11/2012

Να διατηρηθεί μέχρι.....
Βαθμός Ασφαλείας

ΑΡΧ.
Φ 25.1

Μαρούσι, 15-11-2012

Αρ. Πρωτ. 143141/Γ7
Βαθ. Προτερ.

ΠΡΟΣ:

1. Δ/ΝΣΕΙΣ Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (Υπόψη Υπευθύνων Αγωγής Υγείας & Σχολικών Δραστηριοτήτων)
2. ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (Μέσω των Οικείων Δ/νσεων Εκπ/σης)

ΚΟΙΝ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ Δ/ΝΣΕΙΣ Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Θέμα: «Διαβίβαση εγγράφου του Υπουργείου Υγείας για τον Αντιφυματικό Εμβολιασμό – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)»

Σας διαβιβάζουμε την με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 102793/22-10-2012 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας που αφορά στον **Αντιφυματικό εμβολιασμό – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)**.

Παρακαλούμε να λάβουν γνώση οι εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης. Το παρόν να αναρτηθεί σε πίνακα ανακοινώσεων και να κοινοποιηθεί στους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων.

Οι ενδιαφερόμενοι να απευθύνονται στις Υγειονομικές Υπηρεσίες της Περιφέρειας που ανήκουν. Για περισσότερες πληροφορίες και διευκρινήσεις μπορούν να επικοινωνήσουν με τη Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, στο τηλ. 210-5236283 (κα Τσαλίκου).

Συν.: 9 σελ.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

Εσωτερική Διανομή:
Τμήμα Αγωγής Υγείας
& Περιβαλλοντικής Αγωγής



Πιστό Αντίγραφο
Από τη Διεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διεκπ/σης & Πρωτοκόλλου

ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΦΟΥΣΕΚΗ

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

JA



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Φ. Τσαλίκογλου
 Φ. Καλύβα

Ταχ. Δ/ση: Βερανζέρου 50
 Ταχ. Κώδ.: 104 38
 Τηλέφωνο: 210 5236283
 210 5236948
 FAX: 210 5233563

Δ/ΝΣΗ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ	
ΡΟΔΟΠΗΣ	
Αριθ. Πρωτ.	6338
Ημερομηνία	30/11/2012

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 22/10/2012
 Αρ. Πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 102793

ΠΡΟΣ:

1. **Όλες τις Υ.Π.Ε. της Χώρας**
Υπόψη κ.κ. Διοικήτων

(Με την υποχρέωση να ενημερωθούν τα Νοσοκομεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας αρμοδιότητάς σας)

2. **Όλες τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις**
της Χώρας

Υπόψη:

Α) κ.κ. Περιφερειάρχων (έδρες τους)

Β) Γεν. Δ/σεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)

Γ) Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων (έδρες τους)

3. **Υπουργείο Εσωτερικών**

Γενική Δ/ση Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Δ/ση Οργάνωσης & Λειτουργίας ΟΤΑ

(Με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι Δήμοι αρμοδιότητάς σας)

Σταδίου 27

10183 Αθήνα

4. **Κεντρική Υπηρεσία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Λεωφόρος Κηφισίας 39

Μαρούσι 15123

ΘΕΜΑ: « Αντιφυματικός Εμβολιασμός – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)»

Σχετ.:

1. Ο Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87^Α), «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης».
2. Ο Ν.3172/2003 (ΦΕΚ 197^Α), «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις», όπως ισχύει.
3. Ο Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176^Α), «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύει.
4. Ο Ν. 4053/1960 (ΦΕΚ 83^Α), «Περί οργάνωσης του Αντιφυματικού Αγώνα».
5. Τα από 21/9/2012 Πρακτικά της Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών.

6. Η με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 4832/30.9.1997 εγκύκλιός μας «Δερμοαντίδραση κατά Mantoux και εμβολιασμός με BCG».

Η φυματίωση είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα σύμφωνα με το σχετικό (4). Η έγκαιρη δήλωση των κρουσμάτων φυματίωσης προς τις Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων και προς το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ είναι ιδιαίτερα σημαντική, και γίνεται εντός εβδομάδας από την διάγνωση είτε από τους κλινικούς είτε από τους εργαστηριακούς γιατρούς με το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης, το οποίο έχει αποσταλεί σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας (επισυνάπτεται).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), επισημαίνοντας τον κίνδυνο της επανεμφάνισης μεγάλου αριθμού κρουσμάτων φυματίωσης (μετανάστες, μετακινούμενοι πληθυσμοί κ.ά.) συσχετιζόμενου συχνά και με τα κρούσματα του AIDS παγκοσμίως, συνιστά την διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών, σε συνδυασμό με την ανεύρεση δεικτών διαμόλυνσης του ευπαθούς πληθυσμού, προκειμένου τα κράτη - μέλη του να αναπροσαρμόσουν τα προγράμματα αντιφυματικού αγώνα συμπεριλαμβάνοντας και τον αντιφυματικό εμβολιασμό (BCG).

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των νόσων του Αναπνευστικού (IUATLD) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (Βιβλιογρ. WHO/WER 2004, 79:25-40), η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού. Κατά συνέπεια ο αντιφυματικός εμβολιασμός BCG θα εξακολουθήσει να γίνεται όπως και τα προηγούμενα χρόνια, δηλ. στην ηλικία των 6 ετών, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στον εμβολιασμό των παιδιών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου όπως:

1. Μετανάστες από χώρες με υψηλό ή μέσο δείκτη ενδημικότητας
2. Αθίγγανοι και άλλες πληθυσμιακές ομάδες που ζουν σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης
3. Παιδιά με Mantoux (-), στην οικογένεια των οποίων υπάρχει άτομο με φυματίωση (θετικά πτύελα)
4. Νεογνά μητέρων που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV (όχι βρέφη που έχουν παρουσιάσει ήδη συμπτωματολογία βρεφικού AIDS)
5. Νεογνά, στο άμεσο περιβάλλον των οποίων, υπάρχει άτομο με φυματίωση (εμβολιάζονται κατά τη γέννηση).

Για όσα παιδιά δεν εμβολιάσθηκαν για διάφορους λόγους στη συνιστώμενη ηλικία ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει μέχρι την ηλικία των 12 ετών. Πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια ο εμβολιασμός να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Επιπλέον, όσοι υγιείς ενήλικες απαιτείται για συγκεκριμένους λόγους να εμβολιασθούν, μπορούν με ασφάλεια να το κάνουν (ο εμβολιασμός με BCG γίνεται ανεξαρτήτου ορίου ηλικίας χωρίς ιατρικές αντενδείξεις), εφόσον προηγηθεί έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Έλεγχος της Mantoux μετά τον εμβολιασμό για πιστοποίηση της θετικοποίησής της δε συνιστάται.

Παράλληλα, συνιστάται μαζικός προληπτικός έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux στις ηλικίες 12-15 μηνών, 4 έως 6 ετών (πριν τον εμβολιασμό με BCG) και στην ηλικία 11 έως 12 ετών στα ανεμβολίαστα παιδιά (όταν γίνεται η εκτίμηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης).

Αναφορικά με τον έλεγχο των **εκπαιδευτικών**, είναι απαραίτητη η ακτινογραφία θώρακος (αν δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη) και η δερμοαντίδραση (mantoux) κατά **την**

πρόσληψή τους και στη συνέχεια ανά πενταετία. Στην περίπτωση που κατά το μεσοδιάστημα εμφανιστεί επίμονος βήχας, ο οποίος διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, πέραν της κλινικής εξέτασης, πρέπει να γίνεται έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος. Αν υπάρχουν ακτινολογικά ευρήματα, επιβάλλεται περαιτέρω έλεγχος του εκπαιδευτικού και έλεγχος του ευρύτερου κοινωνικού και ιδιαίτερα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ιδιαίτερος τονίζουμε τα κατωτέρω:

Α) Το εμβολιαστικό συνεργείο να είναι ειδικά εκπαιδευμένο ως προς την τεχνική και στην καλή εφαρμογή της, ώστε τόσο η δερμοαντίδραση Mantoux όσο και ο αντιφυματικός εμβολιασμός (BCG) να διενεργείται καθαρά ενδοδερμικά. **Σε παιδιά άνω του ενός (1) έτους και σε ενήλικες η δόση του εμβολίου είναι 0,1ml. Σε βρέφη κάτω του ενός (1) έτους η δόση είναι 0,05ml.**

Β) Να δραστηριοποιηθούν όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας, καθώς και οι Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων, οι Δήμοι, τα Κέντρα Υγείας, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, τα λειτουργούντα Αντιφυματικά Κέντρα, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα, οι Ασφαλιστικοί Φορείς κ.ά. προς την κατεύθυνση της έγκαιρης ανίχνευσης της φυματώσης (κυρίως στις ομάδες αυξημένου κινδύνου που αναφέρθηκαν, καθώς και στο προσωπικό υγειονομικών, εκπαιδευτικών και άλλων φορέων που μπορεί να είναι πηγές διασποράς της νόσου).

Γ) Τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας να διενεργούν τον αντιφυματικό εμβολιασμό σε όλα τα παιδιά (ανεξαιρέτως ασφαλιστικής κάλυψης ή μη), αφού βεβαίως προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux.

Δ) Οι Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων υποχρεούνται να εφοδιάζουν δωρεάν με τις απαραίτητες ποσότητες φυματίνης και BCG που έχουν προμηθευτεί από το Υπουργείο Υγείας, όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα που συμμετέχουν στη διενέργεια του αντιφυματικού εμβολιασμού, εκτός των ασκούντων ελεύθερο επάγγελμα παιδίατρων, οι οποίοι μπορούν να προμηθεύονται τη φυματίνη καθώς και το εμβόλιο BCG από το Ινστιτούτο Παστέρ. Το αποτέλεσμα της δερμοαντίδρασης κατά Mantoux καθώς και ο εμβολιασμός να εγγράφεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού.

Ε) Όλα τα εμβολιαστικά συνεργεία, αναλόγως των ευρημάτων, ενημερώνουν αρμοδίως τους ενδιαφερόμενους για περαιτέρω ενέργειες, εφόσον κρίνονται αναγκαίες.

ΣΤ) Να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό αντιφυματικού εμβολιασμού των μαθητών της Α' Δημοτικού όλων των Σχολείων της χώρας (Δημόσιων και Ιδιωτικών). Επισημαίνεται ότι, ο **συντονισμός** του αντιφυματικού αγώνα και η **προσυνεννόηση με τους εμπλεκόμενους φορείς θα γίνεται από τη Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας της εκάστοτε Περιφέρειας.**

Για να αλλάξει η πολιτική του αντιφυματικού εμβολιασμού σε μια χώρα, πρέπει απαραίτητα να υφίσταται αξιόπιστο εθνικό σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης και ελέγχου της νόσου. Επειδή η καταγραφή των κρουσμάτων είναι το πρώτο και σημαντικό βήμα για τον έλεγχο της φυματώσης, παρακαλούμε όπως φροντίσετε για την δήλωση των κρουσμάτων της νόσου από τα νοσοκομεία και τις άλλες υγειονομικές Υπηρεσίες που υπάγονται στην αρμοδιότητά σας. Ειδικότερα, τα Γραφεία Κίνησης Ασθενών των νοσοκομείων, πριν να χορηγήσουν το εξιτήριο σε ασθενή με διάγνωση «Φυματώση», να ελέγχουν ότι έχει σταλεί προηγουμένως η Δήλωση του κρούσματος στο ΚΕΕΛΠΝΟ και στην Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της αρμόδιας Περιφερειακής Ενότητας.

Στο πλαίσιο αυτό ο Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας:

ο Καταγράφει τους εμπλεκόμενους φορείς που δραστηριοποιούνται στον «Αντιφυματικό Αγώνα» (Νοσοκομεία, Αντιφυματικά Ιατρεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και Φορείς

Κοινωνικής Φροντίδας, Δημοτικά Ιατρεία, κ.λ.π.). Οι εν λόγω Φορείς θέτουν στη διάθεσή του όλα τα μέσα και την υλικοτεχνική υποδομή που διαθέτουν και είναι αναγκαία για την εφαρμογή του Προγράμματος.

- ο Προσδιορίζει τους πληθυσμούς στόχους του Προγράμματος (μαθητές, εκπαιδευτικούς, ή άλλους εργαζόμενους σε σχολεία, πληθυσμούς αθιγγάνων, κλειστούς πληθυσμούς ή ομάδες εργαζομένων που μπορεί να είναι πηγές διασποράς της νόσου)
- ο Σε συνέχεια των ανωτέρω ενεργειών εκπονεί ετήσιο αναλυτικό Πρόγραμμα ανά Περιφέρεια εξειδικεύοντάς το ανά Περιφερειακή Ενότητα.
- ο Συγκροτεί ειδικά συνεργεία ανά Περιφερειακή Ενότητα αποτελούμενα από Παιδιάτρους, Παθολόγους, Πνευμονολόγους ή Γενικούς Ιατρούς (ανάλογα τον πληθυσμό στόχο), Επισκέπτες Υγείας και Νοσηλευτές. Για το σκοπό αυτό συνεργάζεται με τον Διοικητή της αντίστοιχης Υ.Π.Ε. καθώς και με τις υπόλοιπες υφιστάμενες κρατικές, υγειονομικές δομές κάθε Περιφερειακής Ενότητας που μπορούν να συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα.
- ο Εποπτεύει την εφαρμογή της Εγκυκλίου και του Προγράμματος και ιδιαιτέρως μεριμνά για την κάλυψη όλων των πληθυσμών στόχων.
- ο Παρεμβαίνει άμεσα και επιλύει τυχόν προβλήματα και δυσλειτουργίες που ανακύπτουν.
- ο Στο τέλος του Προγράμματος αποστέλλει στη Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας συνολική ετήσια έκθεση με αναλυτικά όλα τα πεπραγμένα του Προγράμματος (ποιοι συμμετείχαν και από ποιο Φορέα, επίτευξη των στόχων του Προγράμματος, προβλήματα ή δυσλειτουργίες που παρατηρήθηκαν, ποιες ομάδες πληθυσμού καλύφθηκαν, ο αριθμός ατόμων που εξετάσθηκε ή/και εμβολιάσθηκε, ποιες ομάδες πληθυσμού και ο αριθμός των ατόμων που δεν καλύφθηκαν και γιατί) καθώς και τους συνημμένους πίνακες κατάλληλα συμπληρωμένους (εάν είναι δυνατόν να μας αποσταλούν και με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σε πίνακα "excel"). Πέραν της ετήσιας συνολικής έκθεσης θα πρέπει να αποστέλλει και ανάλογες τριμηνιαίες εκθέσεις και συνημμένους – συμπληρωμένους τους σχετικούς πίνακες στη Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα:

Το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης (σελίδα μία)
Πίνακες (3) για την αποστολή στοιχείων σχετικά με τη δράση (σελίδες τρεις)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Γραφείο Υπουργού
Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
Γραφείο Υφυπουργού
Γραφεία Γεν. Γραμματέων
Γραφεία Γενικών Δ/ντών
Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων
Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής (3)

Η ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Φ. ΣΚΟΠΟΥΛΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (με τα συνημμένα)

1. Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Άθλησης

Τμήμα Αγωγής Υγείας

Ανδρέα Παπανδρέου 37, 15180 - Μαρούσι

2. Δ/νση Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ

Στρατόπεδο Παπάγου – Χολαργός

3. Δ/νση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας

Πειραιώς 153, 118 54 Αθήνα

4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Πλουτάρχου 3, 10675 - Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

5. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

Πειραιώς 134, 118 54 - Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

6. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

Νικηταρά 8-10, 10678 – Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

7. Ε. Σ. Δ. Υ

α) Έδρα Δημόσιας Υγιεινής

β) Έδρα Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας

Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 11521 - Αθήνα

8. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Αγράφων 3-5, 15121 - Μαρούσι

9. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Γρ. Προέδρου

Δ/νση Κοινωνικής Παιδιατρικής

Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

115 27 - Αθήνα

10. Κ.Ε.Δ.Υ

Αλ. Φλέμιγκ 34, 16672 - Βάρη

11. Καθ. κ. Α. Κωνσταντόπουλο

Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών

(με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη της

Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών και όλα τα μέλη της

Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρίας)

Καθηγητή Παιδιατρικής

Κηφισίας 18, 115 26 - Αθήνα

ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

αριθμός Δημοτικών Σχολείων Περιφέρειας (και ποια είναι αυτά)	αριθμός μαθητών στα Δημοτικά Σχολεία Περιφέρειας	αριθμός Δημοτικών σχολείων που πραγματοποιήθηκε η δράση (και ποια είναι αυτά)	αριθμός μαθητών στα Δημοτικών σχολείων που πραγματοποιήθηκε η δράση	αν προηγήθηκε ενημέρωση γονέων και με ποιο τρόπο (γραπτό - προφορικό)	αριθμός ατόμων που αρνήθηκαν τον εμβολιασμό	αριθμός ατόμων ανά τάξη που συμμετείχαν στη δράση	αριθμός ατόμων στα οποία έγινε Μαντοoux	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος 0-5 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος 6-9 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος ≥ 10 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	φορέας που παρατήρηθηκαν άτομα με θετικές Mantoux	αρ ατόμων που εμβολιάστηκαν

ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

είδος ειδικού πληθυσμού και στοιχεία διαμονής	συνολικός αριθμός ατόμων του ειδικού πληθυσμού	αν προηγήθηκε ενημέρωση και με ποιο τρόπο (γραπτή-προφορική)	αριθμός ατόμων που αρνήθηκαν τον εμβολιασμό	αριθμός ατόμων πληθυσμού που συμμετείχαν στην δράση	αριθμός ατόμων στα οποία έγινε Mantoux x	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 0-5 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 6-9 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσμα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας ≥ 10 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	φορέας που παρατέθηκαν τα άτομα με θετικές Mantoux	αρ άτομων που εμβολιάσθηκαν

Στοιχεία σχετικά με την οργάνωση της δράσης

Ονομαστικά οι Φορείς που δραστηριοποιήθηκαν στην Περιφέρεια	προσωπικό που χρησιμοποιήθηκε ανά φορέα	αριθμός και περιγραφή προγραμματισμένων δράσεων	χώρος στον οποίο πραγματοποιήθηκαν οι δράσεις	προβλήματα κατά την προμήθεια ή παραλαβή των εμβολίων	όμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες	επάρκεια εμβολίων	Παρατηρήσεις

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / Ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ	
1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση:	► Τηλ.:
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά?:	
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά?:	
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο	ΕΑΝ ΜΕΤΑ-ΝΑΣΤΗΣ: ► Σε Ελλάδα από (έτος): ____/____/____
2.5 Έχει γίνει BCG; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος): ____/____/____	► Έχει ουλή από BCG; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Βέβαιο
3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αμφίβολο <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Μη βέβαιο
3.3 Α/α θώρακος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ → Α) Έκταση: <input type="checkbox"/> Περιορισμένη <input type="checkbox"/> Εκτεταμένη	Β) Σπλήναιο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3.4 Εντόπιση νόσου: <input type="checkbox"/> Πνευμονική <input type="checkbox"/> Εξωπνευμονική → Πού εντοπίζεται; <input type="checkbox"/> Πλευρίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλη εντόπιση: <input type="checkbox"/> Αδενική ενδοθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: μήνιγγες <input type="checkbox"/> Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ <input type="checkbox"/> Διάσπαρτη <input type="checkbox"/> Πεπτικό <input type="checkbox"/> Αδενική εξωθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων <input type="checkbox"/> Οστά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ <input type="checkbox"/> Ουρογεννητικό	
3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	
3.6 Προηγήθεισα θεραπεία; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (προηγήθεισα θεραπεία) → Έκβαση: <input type="checkbox"/> Υποτροπή <input type="checkbox"/> Διακοπή αγωγής <input type="checkbox"/> Αποτυχία αγωγής	
3.7 Θεραπευτική αγωγή: <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> PYR <input type="checkbox"/> STR <input type="checkbox"/> Άλλο:	
3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: μήνες	3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής: ____/____/____
3.10 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ολοκλήρωση αγωγής <input type="checkbox"/> Σε αγωγή <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.2 Δόθηκε καλλιέργεια; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Εργαστήριο:	► Υλικό:
4.3 Καλλιέργεια: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αναμένεται	4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:
4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	