



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤ. ΠΑΡΟΧ. ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛ.
Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη
& Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας
Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3,
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες: Τυροβολά Β
Γκέτσιος Ι.
Τηλ: 2132010421, 2132010456
Fax: 2132010440
E-mail: pfy@1dype.gov.gr

Αθήνα 25-9-18
Αριθ. Πρωτ.: 09253

Προς:

Τους Επιστημονικά Υπεύθυνους Κέντρων
Υγείας και Συντονιστές ΤΟΜΥ 1^{ης} ΥΠΕ
Αττικής
(με την υποχρέωση να ενημερώσουν τους
επισκέπτες υγείας στους φορείς
αρμοδιότητάς τους)

Θέμα: «Προληπτικός έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης μαθητών σχολείων Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ Εκπαίδευσης Αττικής από επισκέπτες υγείας των Κέντρων Υγείας & ΤΟΜΥ της 1ης ΥΠΕ»

Σχετ.:

1. Το υπ' αριθ. πρωτ. Φ11/130015/Δ2/ 31-07-2018 της Γενικής Διεύθυνσης Σπουδών Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας & Θρησκευμάτων.
2. Το υπ' αριθ. πρωτ. Γ1α/Γ.Π.οικ.38867/23-5-2017 (ΑΔΑ:907Η465ΦΥΠ-2ΒΦ) έγγραφο της Δ/σης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων 2017».
3. Η με αριθ. Πρωτ. Γ1α/Γ.Π.οικ.69076/16-09-2016 εγκύκλιος «Αντιφυματικός Εμβολιασμός» (ΑΔΑ:7ΦΝΓ465ΦΥΟ-ΚΔ2).
4. Η με αριθ. πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.23658/30-03-2018 εγκύκλιο «Διενέργεια Δερμοαντιδράσεων Mantoux» (ΑΔΑ: 7ΤΘΛ465ΦΥΟ-ΘΣΔ).
5. Το υπ' αριθ. πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.59416/31-07-2018 (ΑΔΑ:ΨΓΘΘ465ΦΥΟ-ΧΟ7) έγγραφο της Γεν. Δ/σης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Διενέργεια εμβολιασμού με το εμβόλιο BCG σε νεογνά και παιδιά που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου».

Έχοντας ως βασική προτεραιότητα την ενίσχυση της ΠΦΥ και στο πλαίσιο σχεδιασμού, ανάπτυξης και υλοποίησης των βασικών της στόχων που είναι η πρόληψη, η προαγωγή και η αγωγή υγείας για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ στους πολίτες, σας ενημερώνουμε ότι κατόπιν συνεργασίας με το Υπουργείο Παιδείας και έκδοσης σχετικής

άδειας, η 1^η ΥΠΕ θα προχωρήσει για δεύτερη σχολική χρονιά στην υλοποίηση της δράσης «Προληπτικός έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης». Η δράση απευθύνεται στους μαθητές σχολείων Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ των Δήμων Περιφερειακής Ενότητας Κεντρικού Τομέα, Βορείου Τομέα, Νοτίου Τομέα και Ανατολικής Αττικής και θα υλοποιηθεί από Επισκέπτες/τριες Υγείας των δομών ΠΦΥ - Κέντρων Υγείας & ΤΟΜΥ της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Ο προγραμματισμός των επισκέψεων θα γίνεται κατόπιν συνεννόησης με τους Δ/ντες-Δ/τριες των σχολικών μονάδων και του συλλόγου διδασκόντων ώστε να μην παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία του σχολείου και σχετικής σύμφωνης γνώμης του οικείου Σχολικού Συμβούλου, ενημερώνοντας παράλληλα την 1 ΥΠΕ Αττικής.

Για τη συμμετοχή των μαθητών/τριών απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεση των γονέων /κηδεμόνων που δηλώνεται με τη συμπλήρωση του «Έντυπο συναίνεσης για τους γονείς / κηδεμόνες» που επισυνάπτεται και την προσκόμιση του Ατομικού Βιβλιαρίου Υγείας του παιδιού.

Αφού ολοκληρωθεί ο έλεγχος του Βιβλιαρίου Υγείας, παραδίδεται το έντυπο «Αποτελέσματα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης» στους γονείς (επισυνάπτεται), προκειμένου οι γονείς / κηδεμόνες να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα του ελέγχου και για τη δομή ΠΦΥ που μπορούν να απευθυνθούν για διενέργεια εμβολιασμού, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.

Μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης σε μια σχολική μονάδα τα αποτελέσματα θα καταχωρίζονται σε ειδικό πεδίο «ελεγχόμενης πρόσβασης» στην ψηφιακή πλατφόρμα της 1ης ΥΠΕ (www.1dype.gov.gr, «Καταχώρηση Δεδομένων ΠΦΥ», «Εμβολιαστική κάλυψη») από τους επισκέπτες υγείας που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, προκειμένου η υπηρεσία μας να προχωρήσει σε περαιτέρω ομαδοποίηση, ανάλυση, ερμηνεία και επιδημιολογική αξιοποίηση των συλλεγόμενων δεδομένων με τη φύλαξη των σχετικών εντύπων στο Κέντρο Υγείας τηρώντας φυσικά όλες τις προϋποθέσεις του νόμου περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Επισημαίνεται ότι απαγορεύεται η διανομή έντυπου υλικού που αφορά έμμεση ή άμεση διαφήμιση.

Τέλος παρακαλείσθε όπως ενημερώσετε τους Επισκέπτες Υγείας της δομής σας και να γνωστοποιήσετε εγγράφως στην υπηρεσία μας τα ονόματα αυτών που θα συμμετέχουν στη δράση όπως και τον σχεδιασμό του ελέγχου στα σχολεία της περιοχής ευθύνης τους.

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε εντός πέντε (5) ημερών από τη λήψη του παρόντος τις συμμετοχές σας στην Διοίκηση 1ης ΥΠΕ, στο Τμήμα Περ. Χάρτη και ΠΦΥ, prfy@1dyp.e.gov.gr, fax:213-2010440, τηλ:213-2010421, 2132010456 υπόψη κας Τυροβολά ή κ. Γκέτσιου.

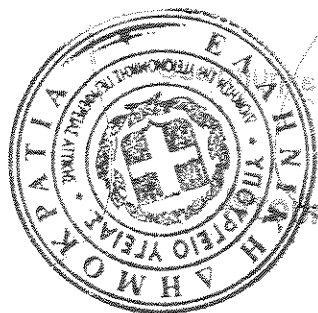
Με το παρόν επισυνάπτονται και τα έντυπα τα οποία μπορούν οι επισκέπτες υγείας να χρησιμοποιήσουν για τον έλεγχο.

Υπενθυμίζουμε ότι οι επισκέπτες υγείας οφείλουν να μεριμνούν για την έγκυρη συμπλήρωση των ενημερωτικών εντύπων και με τα στοιχεία επικοινωνίας της δομής τους, όπου οι γονείς δύνανται να απευθυνθούν για οποιαδήποτε πληροφορία (τηλέφωνο και ονοματεπώνυμο απαραίτητως).

Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση και παρακαλούμε για δικές σας ενέργειες.

Συν.: 4 (τέσσερα) φύλλα

1. Αντίγραφο ηλεκτρονικού πίνακα καταχώρησης
2. «Έντυπο συναίνεσης» για γονείς / κηδεμόνες
3. Ενημερωτικό σημείωμα «Αποτελέσματα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης»
4. Έγκριση χορήγησης άδειας εισόδου επισκεπτών υγείας για το σχολικό έτος 2018-19



για την ακρίβεια

Χρυσάνθη Κισκήρα

Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΚΙΣΚΗΡΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ: 1.Διοικήτρια, 2.Υποδιοικήτρια κα Κισκήρα, 3.Δ1



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η Υγειονομική
Περιφέρεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας: _____

Ταχ. Δ/ση: _____

Τηλ: _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____

Fax: _____

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του Σχολείου

Το Κέντρο Υγείας, υλοποιεί δράση εμβολιαστικής κάλυψης, στις σχολικές μονάδες της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει στις/...../20.... στους μαθητές τηςτάξης του σχολείου, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας παιδιού. Ο έλεγχος θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα του ελέγχου. Την ημέρα της επίσκεψης τα παιδιά είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ να έχουν μαζί τους το **Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού**.

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στη δράση, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση.

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

..... γονέας/κηδεμόνας, του/της

μαθητή/-τριας

δηλώνω ότι:

Επιθυμώ Δεν επιθυμώ

να συμμετέχει το παιδί μου στον έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης από Επισκέπτες Υγείας του Κέντρου Υγείας

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1^η Υγειονομική
Περιφέρεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας: _____

Ταχ. Δ/ση: _____

Τηλ: _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____

Fax: _____

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Αγαπητοί γονείς,

Στο πλαίσιο της δράσης ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης του Κέντρου Υγείας

....., το παιδί σας

κατόπιν ελέγχου του Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού του διαπιστώθηκε ότι χρειάζεται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών τα εξής εμβόλια:

.....

.....

.....

.....

Σας ενημερώνουμε ότι στο..... του Κέντρου Υγείας, πραγματοποιούνται δωρεάν εμβολιασμοί σε παιδιά. Για πληροφορίες και ορισμό ραντεβού τηλεφωνήστε στο, ή κλείστε ηλεκτρονικά το ραντεβού σας, στη διεύθυνση <http://rdv.ehealthnet.gr>.

Με εκτίμηση,

Ο/Η Επισκέπτης/τρια Υγείας
του Κέντρου Υγείας

{ονοματεπώνυμο}

| | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|--|
| ΣΧΟΛΕΙΟ | | | | | | |
| ΤΑΞΗ | | | | | | |
| ΗΜ/ΜΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | | | | | | |
| ΦΥΛΟ | ΑΡΡΕΝ | ΘΗΛΥ | | | | |
| ΦΟΡΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ | 1Η ΔΟΣΗ | 2Η ΔΟΣΗ | 3Η ΔΟΣΗ | 4Η ΔΟΣΗ | 5Η ΔΟΣΗ | |
| ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ ΤΕΤΑΝΟΥ ΚΟΚΚΥΤΗ (<7 ετών: DTaP) | | | | | | |
| ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ ΤΕΤΑΝΟΥ ΚΟΚΚΥΤΗ (>7 ετών: Tdap/Td τύπου ευηλικού) | | | | | | |
| ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΟΣ (IPV) | | | | | | |
| ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ Β (HepB) | | | | | | |
| ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΣΥΖΕΥΜΕΝΟ (PCV) | | | | | | |
| ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ C, συζευγμένο (MCC) | | | | | | |
| ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ A,C,Y,W-135, συζευγμένο (MCV4) | | | | | | |
| ΙΑΡΑΣ ΕΡΓΡΑΣ ΠΑΡΟΤΤΙΔΑΣ (MMR) | | | | | | |
| ΑΝΕΜΕΝΑΟΙΤΑΣ (VAR) | | | | | | |
| ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ Α (Hep A) | | | | | | |
| ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΛΑΔΜΑΤΩΝ (HPV) | | | | | | |
| ΦΥΜΑΤΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ (ΜΑΝΤΟΥΧ) | | | | | | |
| ΦΥΜΑΤΙΔΩΣΗΣ (BCG) | | | | | | |
| ΓΡΙΠΗΣ (INFL) | | | | | | |
| ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ 23-ΔΥΝΑΜΟ ΠΟΝΥΖΑΚΑΡΙΑΚΟ (PPSV23) | | | | | | |
| ΡΟΤΑΙΟΥ (RV) | | | | | | |
| ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ ΟΡΘΟΜΑΔΑΣ Β (MenB-4C) | | | | | | |



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,
ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ
Π/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΠΟΥΔΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΠΕ & ΔΕ
ΤΜΗΜΑΤΑ Β'
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Β'
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΕΙΦΟΡΙΑ
ΤΜΗΜΑ Β'

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37

Τ.Κ.: - Πόλη: 151 80 Μαρούσι

Πληροφορίες: Β. Τζιτζάνου (Π.Ε.)

Α. Βάρλα (Δ.Ε.)

Χ. Αρβανίτη (Δ.Ε.)

Ο. Μαραγκού (Ε.Ε.)

Ε. Παπαδοπούλου (Δ.Υ.Π.Ε.Α.)

Τηλέφωνο: 210 - 344.3318 (Π.Ε.)

210 - 344.3272, 2242 (Δ.Ε.)

210 - 344.2212 (Ε.Ε.)

210 - 344.2255 (Δ.Υ.Π.Ε.Α.)

Φαξ: 210 - 344.3390

Email: spoudonde@minedu.gov.gr

Ψηφιακά υπογεγραμμένο από ANNA VARLA
Ημερομηνία: 2018.07.31 12:40:37 EEST

Αποστολή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

Να διατηρηθεί μέχρι.....
Βαθμός Ασφαλείας
Βαθ. Προτερ.

Μαρούσι, 31-07-2018
Αρ. Πρωτ. Φ11/130015/Δ2

ΠΡΟΣ:
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤ. ΠΑΡΟΧ. ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛ.
Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη & Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας
pfy@1dyve.gov.gr

ΚΟΙΝ:

1. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ & Π/ΘΜΙΑΣ
ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
2. Δ/ΝΣΕΙΣ Π/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ:
- Α' ΑΘΗΝΑΣ,
- Β' ΑΘΗΝΑΣ,
- Δ' ΑΘΗΝΑΣ,
- ΑΝΑΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ
3. Δ/ΝΣΕΙΣ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ:
- Α' ΑΘΗΝΑΣ,
- Β' ΑΘΗΝΑΣ,
- Δ' ΑΘΗΝΑΣ,
- ΑΝΑΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ

Θέμα: «Έγκριση χορήγησης άδειας εισόδου επισκεπτών υγείας των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 1^{ης} ΥΠΕ για πραγματοποίηση ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης μαθητών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για το σχολ. έτος 2018-2019»

Σχέτ.: το με αρ. πρωτ. 114105/ΓΔ4/06-07-208 εισερχόμενο έγγραφο του οικείου Υπουργείου.

Απαντώντας στο με αρ. πρωτ. 31408/04-07-2018 έγγραφό σας, σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνουμε την είσοδο των επισκεπτών υγείας των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 1ης ΥΠΕ σε Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια και Λύκεια των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης Α' Αθήνας, Β' Αθήνας, Δ' Αθήνας και Ανατολικής Αττικής προκειμένου να πραγματοποιήσουν έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης μαθητών και μαθητριών. Η έγκριση δίδεται για το σχολικό έτος 2018-2019.

Η συμμετοχή των μαθητών στην εν λόγω δράση είναι προαιρετική και δωρεάν και θα πραγματοποιηθεί, χωρίς να παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία των σχολείων και μετά από συνεννόηση με τους/τις Διευθυντές/-τριες και τους Συλλόγους Διδασκόντων των σχολικών μονάδων. Επισημαίνουμε ότι για τη συμμετοχή των μαθητών/-τριών απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεση των κηδεμόνων τους.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, οι Ιατροί που διενεργούν τυχόν κλινική εξέταση παρακαλούνται όπως καταγράφουν ενυπόγραφα τα στοιχεία και τα ευρήματα μόνο στα

βιβλιάρια υγείας των μαθητών, αλλά και να ενημερώσουν υπεύθυνα τους γονείς των μαθητών/τριών για πιθανά προβλήματα υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων τους.

Τέλος, υπενθυμίζουμε ότι δεν επιτρέπεται η διάθεση οποιουδήποτε υλικού, το οποίο αφορά έμμεση ή άμεση διαφήμιση παροχής υπηρεσιών ατόμων/φορέων, ή δεν είναι εγκεκριμένο από το ΥΠ.Π.Ε.Θ.

**Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ
ΣΠΟΥΔΩΝ Π.Ε. & Δ.Ε**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΑΧΑΛΑΣ

Εσωτερική διανομή:

1. Δ/νση Σπουδών, Προγραμμάτων και Οργάνωσης
Π.Ε. – Τμήμα Β'
2. Δ/νση Επαγγελματικής Εκπ/σης – Τμήμα Β'
3. Δ/νση Υποστήριξης Προγραμμάτων και
Εκπαίδευσης για την Αειφορία – Τμήμα Β'
4. Δ/νση Σπουδών, Προγραμμάτων και Οργάνωσης
Δ.Ε. – Τμήμα Β