ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας
Δ/νση: Σχεδιασμού
Τμήμα: Πρόληψης & Προαγωγής Υγείας
Πληροφορίες: Ευαγγελία Λαρεντζάκη
Τηλ.: 2106871719 Fax: 2106871795
Ταχ. Δ/νση: Κηφισίας 39, Τ.Κ. 15123 Μαρούσι
E-mail: d7@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
Αθήνα, 10/10/2013

Αρ. Πρωτ. :οικ. 32521

ΠΡΟΣ
1. Νομ/κές & Τοπικές Μ.Υ. ΕΟΠΥΥ
2.Κέντρο Διάγνωσης& Ιατρικής της Εργασίας
3.Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής ΕΟΠΥΥ Αλεξ/πολη
4.Τμήματα Προληπτικής Ιατρικής Αθήνα -Πειραιά -Θεσ/νίκη
5.Σταθμοί Προστασίας Μάνας - Παιδιού & Εφήβου(59)
6. Επιχειρησιακή Ομάδα Υγείας

ΘΕΜΑ: "Αντιφυματικός εμβολιασμός - Φυματίωση"

Σας κοινοποιούμε το υπ΄ αριθ. πρωτ. Υ1/Γ.Π./οικ.92954/8/10/2013 εξ. επείγον έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με τον αντιφυματικό εμβολιασμό, ο οποίος θα συνεχιστεί και την φετινή περίοδο, καθώς η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη διακοπή του, με βάση τις πρόσφατες οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των νόσων του Αναπνευστικού (IUALATD) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O.). Κατά συνέπεια ο αντιφυματικός εμβολιασμός B.C.G. θα εξακολουθήσει να γίνεται όπως και τα προηγούμενα χρόνια, δηλαδή **στην ηλικία των 6 ετών**, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση mantoux. Για όσα παιδιά δεν εμβολιάστηκαν για διάφορους λόγους στη συνιστώμενη ηλικία **ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει μέχρι την ηλικία των 12 ετών**.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στον εμβολιασμό των παιδιών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου όπως:

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

Σε παιδιά άνω του ενός (1) έτους και σε ενήλικες η δόση του εμβολίου B.C.G. είναι 0,1 ml εμβολίου. Σε βρέφη κάτω του ενός (1) έτους η δόση είναι 0,05 ml.

Εφιστούμε την προσοχή σας στη καλή εφαρμογή της τεχνικής, ώστε τόσο η δερμοαντίδραση mantoux όσο και ο αντιφυματικός εμβολιασμός (B.C.G.) να διενεργούνται καθαρά **ενδοδερμικά**.

Σας υπενθυμίζουμε τη συνέχιση του **προληπτικού ελέγχου με δερμοαντίδραση mantoux σε μη εμβολιασμένα με B.C.G. παιδιά,** στις ηλικίες *12-15 μηνών*, *4-6 ετών* (πριν τον εμβολιασμό με B.C.G.) και στην ηλικία *11-12 ετών στα ανεμβολίαστα παιδιά* (όταν γίνεται η εκτίμηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης).

Οι Σταθμοί Προστασίας Μάνας - Παιδιού & Εφήβου και όσες Μονάδες Υγείας μπορούν να εφαρμόσουν τον προληπτικό έλεγχο mantoux, θα εξακολουθήσουν να αποστέλλουν στην Υπηρεσία μας

(κάθε τρίμηνο) το στατιστικό έντυπο που σας έχει κοινοποιηθεί με το υπ΄ αριθ. πρωτ.Γ32/1534/29.8.07 Γενικό Έγγραφο.

Σύμφωνα με το υπ΄ αριθ. πρωτ.Γ55/881/23.11.2011, το εμβόλιο B.C.G και τη δερμοαντίδραση mantoux θα χορηγούνται για τους ασφαλισμένους ΕΟΠΥΥ από τις Μονάδες Υγείας, κατόπιν παραγγελίας στο Παράρτημα του Κεντρικού Φαρμακείου ΕΟΠΥΥ, Πειραιώς 167.

Παρακαλούμε να λάβει άμεσα γνώση του εγγράφου όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό του Οργανισμού και να προγραμματιστεί ο εμβολιασμός των ασφ/νων μας παιδιών, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και σύμφωνα με τις οδηγίες του Υ.Υ..

Συν. φ. 9

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1. Γραφ.Προέδρου ΕΟΠΥΥ
2. Γραφ. Αντιπροέδρου ΕΟΠΥΥ
3.Δ/νση Φαρμάκου
-Γραφ. Δ/ντριας
-Παρ/μα Κεντρικού Φαρμακείου
4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
Πλουτάρχου 3 τ.κ. 10675
5.Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
Πειραιώς 134 Ταύρος τ.κ. 11854

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Φ. Τσαλίκογλου
Φ.Καλύβα
Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 19
Ταχ. Κώδ.: 10178
Τηλέφωνο: 2132161324
2132161326
2132161327

e-mail: ddy@yyka.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 8/10/2013
Αρ. Πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 92954

ΠΡΟΣ:
1. Όλες τις Υ.ΠΕ. της Χώρας
Υπόψη κ.κ. Διοικητών
(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
Α) Γεν. Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)
Β) Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων (έδρες τους)

3. Υπουργείο Εσωτερικών
Γενική Δ/νση Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Δ/νση 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 87Α), «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης − Πρόγραμμα Καλλικράτης».
2. Ο Ν.3172/2003 (ΦΕΚ 197Α), «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις», όπως ισχύει.
3. Ο Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176Α), «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύει.
4. Ο Ν. 4053/1960 (ΦΕΚ 83Α), «Περί οργανώσεως του Αντιφυματικού Αγώνος».
5. Τα από 17/9/2013 Πρακτικά της Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών.
6. Η με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 102793/15.10.2012 εγκύκλιός μας «Αντιφυματικός Εμβολιασμός – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)».
7. Η υπ' αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 109805/ 8.11.2012 Εγκύκλιος «Εμβολιασμοί νεογνών- βρεφών» ΑΔΑ: Β4Σ6Θ-90Ω.

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.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), 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).

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), σχετικό (7).

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.

Ιδιαιτέρως τονίζουμε τα κατωτέρω:

Α) Το εμβολιαστικό συνεργείο να είναι ειδικά εκπαιδευμένο τόσο ως προς την τεχνική διενέργειας της δερμοαντίδρασης Mantoux και την ανάγνωσή της όσο και ως προς την τεχνική διενέργειας του αντιφυματικού εμβολιασμού (BCG). 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 φυματίωσης (κυρίως στις ομάδες αυξημένου κινδύνου που αναφέρθηκαν, στο προσωπικό υγειονομικών, εκπαιδευτικών και άλλων φορέων καθώς και στο προσωπικό και τους κρατούμενους φυλακών, και κέντρων κράτησης 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 παιδιάτρων, οι οποίοι μπορούν να προμηθεύονται τη φυματίνη καθώς και το εμβόλιο BCG από το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ.

Ε) Να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό αντιφυματικού εμβολιασμού των μαθητών της Α΄ Δημοτικού όλων των Σχολείων της χώρας (Δημόσιων και Ιδιωτικών).

ΣΤ) Τα εμβολιαστικά συνεργεία οφείλουν:

- Να αναγράφουν στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού το αποτέλεσμα της δερμοαντίδρασης Mantoux και τον εμβολιασμό.
- Σε περίπτωση θετικής δερμοαντίδρασης Mantoux, να ενημερώνουν τους γονείς για την αναγκαιότητα ιατρικής εξέτασης του παιδιού για διερεύνηση φυματίωσης.
- Να παραπέμπουν τους ενήλικες με θετική δερμοαντίδραση για ιατρική εξέταση διερεύνησης φυματίωσης.
- Παράλληλα, να ενημερώνουν εγγράφως και με εμπιστευτική διαδικασία τον Προϊστάμενο της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της οικείας Περιφερειακής Ενότητας σχετικά με τα παιδιά και τους ενήλικες που παραπέμπονται για ιατρική εξέταση διερεύνησης φυματίωσης.

Ζ) Η Δ/νση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας πρέπει να παρακολουθεί αρμοδίως την εξέλιξη των παραπομπών και να λαμβάνει όλα τα ενδεδειγμένα μέτρα για τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας.

Η) Τα Αντιφυματικά Ιατρεία όλης της χώρας οφείλουν να εξετάζουν άμεσα και κατά προτεραιότητα τα άτομα που παραπέμπονται για διερεύνηση φυματίωσης στο πλαίσιο της παρούσης εγκυκλίου.

Θ) Κατά τις παραπάνω διαδικασίες πρέπει να τηρούνται οι διατάξεις περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τα στοιχεία να διακινούνται με εμπιστευτική διαδικασία.

Επισημαίνεται ότι, ο **συντονισμός** του αντιφυματικού αγώνα και **η προσυνεννόηση με τους εμπλεκόμενους φορείς θα γίνεται από τη Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας της εκάστοτε Περιφέρειας.**

Επειδή η καταγραφή των κρουσμάτων είναι το πρώτο και σημαντικό βήμα για τον έλεγχο της φυματίωσης, 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 «Φυματίωση», 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 <u>Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας</u>:

- 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.

- 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).
- Σε συνέχεια των ανωτέρω ενεργειών εκπονεί ετήσιο αναλυτικό Πρόγραμμα ανά Περιφέρεια εξειδικεύοντάς το ανά Περιφερειακή Ενότητα.
- Συγκροτεί ειδικά συνεργεία ανά Περιφερειακή Ενότητα, εφόσον δεν υφίστανται τα αντίστοιχα που συγκροτήθηκαν με τη σχετική (6) εγκύκλιο.
- Τα εμβολιαστικά συνεργεία αποτελούνται, ανάλογα με την ηλικία του πληθυσμού στόχου, από Παιδιάτρους, Παθολόγους, Πνευμονολόγους, Γενικούς Ιατρούς ή άλλους ιατρούς ελλείψει των προαναφερομένων ειδικοτήτων, Επισκέπτες Υγείας και Νοσηλευτές. Για το σκοπό αυτό συνεργάζεται με τον Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας καθώς και με τις υπόλοιπες υφιστάμενες κρατικές, υγειονομικές δομές κάθε Περιφερειακής Ενότητας που μπορούν να συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα. Ελλείψει ιατρών δημοσίων φορέων, στα εμβολιαστικά συνεργεία δύνανται να συμμετέχουν και ιδιώτες ιατροί ως εθελοντές.
- Εποπτεύει την εφαρμογή της Εγκυκλίου και του Προγράμματος και ιδιαιτέρως μεριμνά για την κάλυψη όλων των πληθυσμών στόχων.
- Παρεμβαίνει άμεσα και επιλύει τυχόν προβλήματα και δυσλειτουργίες που ανακύπτουν.
- Στο τέλος του Προγράμματος αποστέλλει στη Δ/νση 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/νση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα:
Πίνακες (3) για την αποστολή στοιχείων σχετικά με τη δράση (σελίδες τρεις)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
Γραφείο Υπουργού
Γραφεία Υφυπουργών
Γραφεία Γεν. Γραμματέων
Γραφεία Γενικών Δ/ντών
Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (3)

Η ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΖΕΤΤΑ Μ. ΜΑΚΡΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (με τα συνημμένα)

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

Υπόψη κ.κ. Περιφερειαρχών (έδρες τους)

2. **Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων**

Δ/νση επαγγελματικού Προσανατολισμού
Και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων
Τμήμα Β΄ Αγωγής Υγείας και Περιβαλλοντικής Αγωγής
Ανδρέα Παπανδρέου 37, 15180 - Μαρούσι

3. **Δ/νση Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ**

Στρατόπεδο Παπάγου – Χολαργός

4. Δ/νση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας
Πειραιώς 153, 118 54 Αθήνα

5. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
Πλουτάρχου 3, 10675 - Αθήνα
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

6. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
Πειραιώς 134, 118 54 - Αθήνα
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

7. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία
Νικηταρά 8-10, 10678 – Αθήνα
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

8. Ε. Σ.Δ.Υ
α) Έδρα Δημόσιας Υγιεινής
β) Έδρα Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας
Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 11521 - Αθήνα

9. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
Αγράφων 3-5, 15121 - Μαρούσι

10. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
Γρ. Προέδρου
Δ/νση Κοινωνικής Παιδιατρικής
Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»
115 27 - Αθήνα

11. Κ.Ε.Δ.Υ
Αλ. Φλέμιγκ 34, 16672 - Βάρη

12. 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

Πίνακας 1
ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Αριθμός Δημοτικών Σχολείων της Περιφέρειας και ποια είναι αυτά	Αριθμός μαθητών στα Δημοτικά Σχολεία της Περιφέρειας	Αριθμός Δημοτικών Σχολείων που πραγματοποιήθηκε η δράση και ποια είναι αυτά	Αριθμός μαθητών στα Δημοτικά Σχολεία 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 Mantoux	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 0- 5mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα- άλλη χώρα)	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 6- 9 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα- άλλη χώρα)	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας ≥ 10 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα- άλλη χώρα)	Φορέας που παραπέμφθηκαν τα άτομα με θετικές Mantoux	αριθμός ατόμων με επιβεβαιωμένο κρούσμα φυματίωσης	αριθμός ατόμων που εμβολιάσθηκαν

Πίνακας 2
ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

Είδος ειδικού πληθσμού και στοιχεία διαμονής	Συνολικός αριθμός ατόμων του ειδικού πληθυσμού	Αν προηγήθηκε ενημέρωση και με ποιο τρόπο (γραπτό - προφορικό)	Αριθμός ατόμων που αρνήθηκαν τον εμβολιασμό	Αριθμός ατόμων πληθυσμού που συμμετείχαν στη δράση	Αριθμός ατόμων στα οποία έγινε Mantoux	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 0- 5mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα-άλλη χώρα)	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας 6-9 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα-άλλη χώρα)	Αποτελέσματα Mantoux (Διάμετρος σκληρίας ≥ 10 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα-άλλη χώρα)	Φορέας που παραπέμφθηκαν τα άτομα με θετικές Mantoux	αριθμός ατόμων με επιβεβαιωμένο κρούσμα φυματίωσης	αριθμός ατόμων που εμβολιάσθηκαν

Πίνακας 3
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ

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	άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες	επάρκεια εμβολίων	παρατηρήσεις

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
Φλέμινγκ 34, Βάρη • 166 72 Αττική
Τηλ. 210.8899.043, 041, 109
Φαξ: 210.8818.868 • E-mail: epid@keelpno.gr
Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** . . . . . NOM

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: . . . . . ►**Όνομα:** . . . . .

1.2 Ημ/νία γέννησης: ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ Ή **Ηλικία:** ⌊_____⌋ ετών μηνών ημερών

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) *(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)*

1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.4 Τόπος κατοικίας: ►**Νομός:** . . . . . ►**Πόλη/χωριό:** . . . . .

Στοιχεία για επικοινωνία: ►**Δ/νση:** . . . . . ►**Τηλ.:** . . . . .

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση:** . . . . .

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό/ά;** . . . . .

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιά;** . . . . .

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** . . . . .

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ►**Είναι:** ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης ☐ Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ: ► **Σε Ελλάδα από** (έτος) **:** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

2.5 Έχει γίνει BCG; ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → **Πότε (έτος);** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ►**Έχει ουλή από BCG;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Βέβαιο** ☐ **Μη βέβαιο**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Αμφίβολο ☐ ΑΓΝ

3.3 Α/α θώρακος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ → **Α) Έκταση:** ☐ Περιορισμένη ☐ Εκτεταμένη **Β) Σπήλαιο:** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

3.4 Εντόπιση νόσου: ☐ Πνευμονική ☐ Εξωπνευμονική → **Πού εντοπίζεται;**

☐ Πλευρίτιδα ☐ Διάσπαρτη ☐ Άλλη εντόπιση:

☐ Αδενική ενδοθωρακική ☐ Αδενική εξωθωρακική ☐ ΚΝΣ: μηνίγγες ☐ ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων ☐ Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ ☐ Οστά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ ☐ Πεπτικό ☐ Ουρογεννητικό . . . . .

3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** . . . . .

3.6 Προηγηθείσα θεραπεία; ☐ ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) ☐ ΝΑΙ (προηγηθείσα θεραπεία) → **Έκβαση:** ☐ Υποτροπή ☐ Διακοπή αγωγής ☐ Αποτυχία αγωγής

3.7 Θεραπευτική αγωγή: ☐ ΙΝΗ ☐ RIF ☐ ETH ☐ PYR ☐ STR ☐ Άλλο: . . . . .

3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: . . . . . μήνες **3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.10 Έκβαση: ☐ Ολοκλήρωση αγωγής ☐ Σε αγωγή ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

► Ο/η θεράπων ιατρός: . . . . . Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: . . . . .

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► **Υλικό**: . . . . . ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.2 Δόθηκε καλλιέργεια; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Εργαστήριο: . . . . . ► **Υλικό**: . . . . .

4.3 Καλλιέργεια: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Αναμένεται **4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:** . . . . .

4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου: . . . . . Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: . . . . .

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.