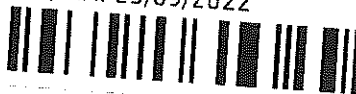




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΔΡΑΣΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ταχ. Δ/ση: Βαλαωρίτου 18
Ταχ. Κώδικας: 10671, Αθήνα
Πληροφορίες: Ι. Δούρου
Τηλ: 210 3387841
E-mail: dir.ddv@1dtype.gov.gr

1η Υ.Πε.Αττικής

ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 39953
ΗΜ/ΝΙΑ: 23/09/2022



- ΠΡΟΣ:**
- 1. Κ.Κ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 1ΗΣ ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ**
(με την υποχρέωση να ενημερώσουν τους Επισκέπτες Υγείας στους φορείς αρμοδιότητάς τους)
 - 2. Κ.Κ. ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΤΟΜΥ 1^{ΗΣ} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ**
(με την υποχρέωση να ενημερώσουν τους Επισκέπτες Υγείας της Δομής τους)

ΚΟΙΝ.: 1. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
Περιφερειακή Διεύθυνση Σπουδών
Π/βάθμιας & Δ/βάθμιας Εκπαίδευσης Αττικής
(Υπόψη Κ. Κόσσυβα Γ. Περ. Διευθυντή)
Αναστασίου Τσόχα 15, Τ.Κ. 115 21, Αθήνα,
e-mail: mail@attik.pde.sch.gr

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

- Σχετ.:**
1. Το υπ' αριθ. πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.16876/22-03-2022 (ΑΔΑ: 9ΛΣΟ465ΦΥΟ-ΚΓ2) έγγραφο της Δ/σης Δημόσιας Υγείας & Υγιεινής Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας «Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών & Εφήβων 2022».
 2. Το υπ' αριθ. πρωτ. Γ1α/Γ.Π.οικ.23658/20-03-2018 (ΑΔΑ:7ΥΘΛ465ΦΥΟ-ΘΣΔ) έγγραφο της Δ/σης Δημόσιας Υγείας & Υγιεινής Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας «Διενέργεια Δερμοαντιδράσεων Mantoux».
 3. Την υπ' αριθμ.Γ1γ/Γ.Φ.13,18/Γ.Π.οικ.19814/08.03.2018 (ΑΔΑ:783Ι465ΦΥΟ-ΦΧ6) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Καθορισμός ενιαίας διαδικασίας ανάπτυξης και οργάνωσης προγραμμάτων, παρεμβάσεων και δράσεων προληπτικών ιατρικών εξετάσεων σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο γενικό πληθυσμό ή σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού.
 4. Ν. 4486/2017.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις τρέχουσες συνθήκες της Πανδημίας Covid-19, ήτοι τη σταθεροποιημένη μείωση των κρουσμάτων.

2. Τη σταδιακή μείωση των εμβολιασμών έναντι του ιού SARS-CoV-2 στις Δομές ΠΦΥ της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.
3. Την σταδιακή άρση περιοριστικών μέτρων για την αντιμετώπιση τη Πανδημίας.
4. Την ανάγκη ομαλοποίησης της λειτουργίας των Δομών ΠΦΥ της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Σας ενημερώνουμε ότι:

Η 1η ΥΠΕ Αττικής 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, θα προχωρήσει για τέταρτη σχολική χρονιά (2022-2023) στην υλοποίηση της Δράσης «Προληπτικός Έλεγχος Εμβολιαστικής κάλυψης Παιδιών & Εφήβων».

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 & TOMY της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Υπενθυμίζουμε ότι:

- α) 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.
- β) 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» και την προσκόμιση του Ατομικού Βιβλιαρίου Υγείας του παιδιού.
- γ) Εφόσον ολοκληρωθεί ο έλεγχος του Βιβλιαρίου Υγείας, παραδίδεται το έντυπο «Αποτελέσματα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης» στους γονείς 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.
- δ) Οι Επισκέπτες Υγείας οφείλουν να μεριμνούν για την έγκυρη συμπλήρωση των ενημερωτικών εντύπων με τα στοιχεία επικοινωνίας της δομής τους, όπου οι γονείς δύνανται να απευθυνθούν για οποιαδήποτε πληροφορία (τηλέφωνο και ονοματεπώνυμο απαραίτητως).
- ε) Με 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.

στ) Απαγορεύεται η διανομή έντυπου υλικού που αφορά έμμεση ή άμεση διαφήμιση.

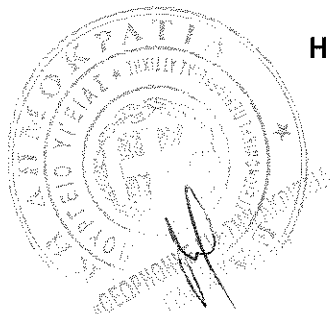
Παρακαλούμε όπως αποστείλετε εντός πέντε (5) ημερών από τη λήψη του παρόντος τις συμμετοχές σας (Στοιχεία Επισκεπτών Υγείας που θα συμμετέχουν στη δράση) και να γνωστοποιήσετε εγγράφως τον Προγραμματισμό των επισκέψεων στις Σχολικές Μονάδες της περιοχής ευθύνης σας (Στοιχεία ΚΥ, Ονοματεπώνυμο Επισκέπτη Υγείας, Σχολική Μονάδα, Τάξεις, Ημερομηνία και Ώρα Υλοποίησης της Δράσης) στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της 1ης ΥΠΕ Αττικής στην ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

- tm.efdr@1dype.gov.gr Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας.
- tm.progdr@1dype.gov.gr Τμήμα Προγραμματισμού Δράσεων Δημόσιας Υγείας.

Επισημαίνεται ότι μετά την ολοκλήρωση της Δράσης οι Δομές που συμμετέχουν θα πρέπει να αποσταλούν έως 20 Ιουνίου 2023 τα απολογιστικά στοιχεία της Δράσης στις παραπάνω ηλεκτρονικές διευθύνσεις (θα ακολουθήσουν σχετικές οδηγίες στο τέλος της σχολικής χρονιάς).

Με το παρόν επισυνάπτονται τα απαιτούμενα έντυπα τα οποία θα χρειαστούν για την υλοποίηση της Δράσης.

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



Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ ΝΤΑΒΩΝΗ

Συνημμένα.: Τρία (3) φύλλα

1. Αντίγραφο ηλεκτρονικού πίνακα καταχώρησης
2. «Έντυπο συναίνεσης» για γονείς / κηδεμόνες
3. Ενημερωτικό Σημείωμα «Αποτελέσματα ελέγχου
εμβολιαστικής κάλυψης»

Εσωτερική Διανομή: 1. Κ. Διοικητής, 2.Υποδιοικήτρια Κα Νταβώνη 3. Επιτελικό Γραφείο, 4. ΔΠΑΠ, 5. ΔΔΥ

ΣΧΟΛΕΙΟ				ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ				
ΤΑΞΗ				ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ				
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ				ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ				
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ						
	1Η ΔΟΣΗ	2Η ΔΟΣΗ	3Η ΔΟΣΗ	4Η ΔΟΣΗ	5Η ΔΟΣΗ	Φυσική Ερευνητική Ανοσία		
ΕΜΒΟΛΙΟ								
ΑΙΜΟΦΙΛΟΥ ΙΝΦΟΥΕΝΤΖΑΣ ΤΥΠΟΥ b (Hib)								
ΑΝΕΜΕΒΛΑΟΤΙΑΣ (VAR)								
ΓΡΙΠΗΣ (INFL)								
ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ, Σ ΤΕΤΑΝΟΥ, ΚΟΚΚΥΤΗ ΑΚΥΤΤΑΡΙΚΟ (<7 ετών: DTap)								
ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ, ΤΕΤΑΝΟΥ, ΚΟΚΚΥΤΗ ΑΚΥΤΤΑΡΙΚΟ (>7 ετών Tdap)								
ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ Α (HepA)								
ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ Β (HepB)								
ΙΔΙΑΡΑΣ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑΣ, ΕΡΥΘΡΑΣ (MMR)								
ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΑΔΜΑΤΩΝ (HPV)								
ΜΗΝΙΓΓΙΤΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ Α, C, Y, W-135, (MCV4)								
ΜΗΝΙΓΓΙΤΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ ΤΥΠΟΥ C, (MCC)								
ΜΗΝΙΓΓΙΤΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ ΟΡΘΟΜΑΔΑΣ Β (MenB- 4C ή MenB- fHbp)								
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ 23-ΔΥΝΑΜΟ (PPSV23)								
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΣΥΖΕΥΤΜΕΝΟ (PCV13)								
ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΟΣ ΑΔΡΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ (IPV)								
ΡΟΤΑ ΙΟΥ (RV1 ή RV5)								
ΦΥΜΑΤΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ (ΜΑΝΤΟΥΧ)								
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (BCG)								



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η Υγειονομική
Περιφέρεια Αττικής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας:

Ταχ. Δ/ση:

Πληροφορίες:

E-mail:

Τηλ:

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 Αττικής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας:

Ταχ. Δ/ση:

Πληροφορίες:

E-mail:

Τηλ:

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)