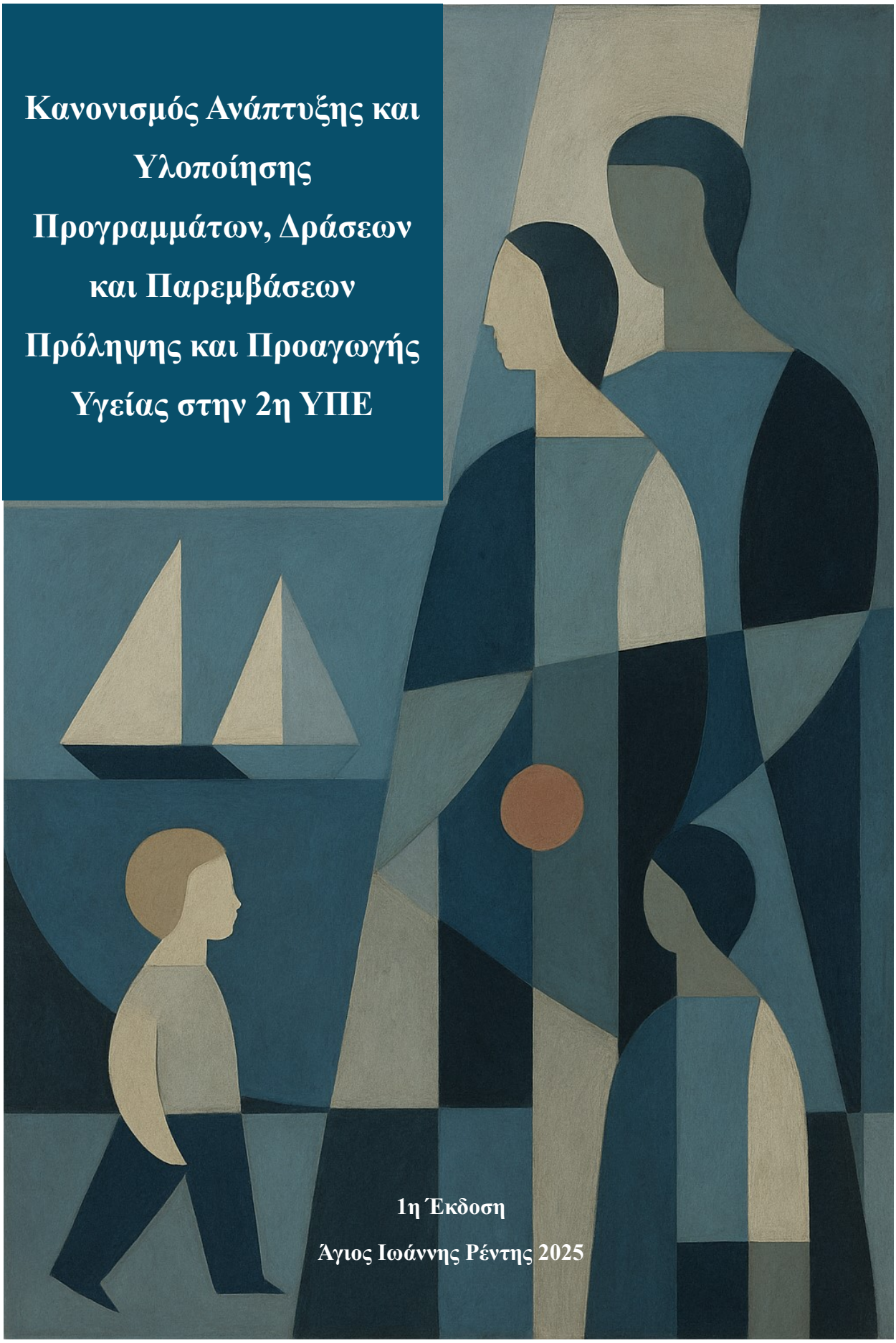
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

Κανονισμός Ανάπτυξης και Υλοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην 2η ΥΠΕ



1η Έκδοση

Άγιος Ιωάννης Ρέντης 2025

Περιεχόμενα

Εισαγωγή 4

Σκοπός του Κανονισμού Υλοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην 2η ΥΠΕ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεσμικό Πλαίσιο ανάπτυξης προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Σχεδιασμός και προγραμματισμός προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό 6

2.1 Επιστημονικά Υπεύθυνος/-η της δράσης 6

2.2 Σχεδιασμός και Προγραμματισμός δράσεων 7

2.3 Υποχρεωτικά χαρακτηριστικά του αιτήματος της προτεινόμενης δράσης - Κριτήρια αξιολόγησης των προγράμματων, παρεμβάσεων και δράσεων 7

2.4 Σχεδιασμός και προγραμματισμός προληπτικών δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας 8

2.5 Εξαιρέσεις από τη διαδικασία σχεδιασμού 9

2.6 Ανάπτυξη δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα χωρίς εποπτικό υλικό σε μαθητικό πληθυσμό 9

2.7 Χρήση Έντυπου Υλικού 9

2.8 Οδηγίες Διεξαγωγής Ημερίδων, Συνεδρίων, Σεμιναρίων από τους Συντονιστές των Δικτύων και των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων 10

2.9 Προστασία Προσωπικών Δεδομένων 10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αξιολόγηση και Απολογισμός Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων στον Πληθυσμό 11

3.1 Αξιολόγηση Δράσης 11

3.2 Απολογιστικά Δράσεων 12

3.3 Απολογιστικά δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα χωρίς εποπτικό υλικό σε μαθητικό πληθυσμό 12

3.4 Συγκεντρωτικά απολογιστικά ΔΔΥ 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ενέργειες Δημοσιοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων στον Πληθυσμό 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Σχεδιασμός και προγραμματισμός δράσεων που εξαιρούνται των περιγραφόμενων διαδικασιών 13

5.1 Προγράμματα Υπουργείου Υγείας που αφορούν τον μαθητικό πληθυσμό: 13

5.2 Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ» 14

5.3 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) – Άλλοι Φορείς (Δήμοι, Περιφερειακές Ενότητες κλπ.) 15

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ-ΑΝΑΦΟΡΕΣ 17

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΝΤΥΠΩΝ 18

Επιμέλεια Σύνταξης Κανονισμού :

Πάσσιου Μαρία, ΠΕ Νοσηλευτικής, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Βάρδα Παρασκευή, ΠΕ Νοσηλευτικής, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Μπριασούλη Γλυκερία, ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, Γραφείο Υποδιοικήτριας

Ο παρών Κανονισμός έχει λάβει έγκριση από την 5η/ 08-05-2025 Συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου

Εισαγωγή

Η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας, όπως καθορίζεται από το άρθρο 2 του Ν. 4675/2020, βασίζεται σε θεμελιώδεις αρχές που περιλαμβάνουν την πρόληψη, την προστασία και την ενίσχυση της υγείας του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευπαθείς ομάδες. Στόχος της είναι η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία, την ευημερία και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μέσω του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της εφαρμογής προληπτικών και υποστηρικτικών δράσεων. Στο πλαίσιο αυτών των πολιτικών, εντάσσονται προγράμματα και παρεμβάσεις προαγωγής δημόσιας υγείας, τα οποία προσαρμόζονται στις ανάγκες των τοπικών πληθυσμών, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες ομάδες. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν προληπτικούς ελέγχους και ενημερωτικές δράσεις που χρησιμοποιούν σύγχρονα τεχνολογικά μέσα για την προώθηση υγιών συμπεριφορών.

Η υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων και δράσεων στην αρμοδιότητα της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να ανήκει σε διάφορους φορείς, όπως το Υπουργείο Υγείας, την Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ, την Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ, το Δίκτυο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης, το Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών, ~~η~~ τη Νοσηλευτική Ειδικότητα Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής, επαγγελματίες υγείας, καθώς και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), Δήμους και άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Σκοπός του Κανονισμού Υλοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην 2η ΥΠΕ

Ο σκοπός του παρόντος Κανονισμού είναι πολλαπλός και περιλαμβάνει τα εξής:

- **Αποτύπωση βασικών αρχών και κανόνων**: Καθορίζει τις θεμελιώδεις αρχές και διαδικασίες που διέπουν τη διεξαγωγή των προγραμμάτων και δράσεων, σύμφωνα με ένα κεντρικό στρατηγικό σχέδιο.
- **Διευκόλυνση οργάνωσης και λειτουργίας των Δικτύων Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας**: Υποστηρίζει την οργάνωση και την αποτελεσματική λειτουργία του Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης και του Δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών, ενισχύοντας τη τυποποίηση των διαδικασιών.
- **Στήριξη Νοσηλευτικής Ειδικότητας Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής**: Διευκολύνει την οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών δράσεων στον τομέα της Νοσηλευτικής Ειδικότητας Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Νοσηλευτικής.
- **Ενίσχυση ομοιογένειας και συνεργασίας**: Διασφαλίζει τη συνεπή εφαρμογή των προγραμμάτων και δράσεων σε όλη την Υγειονομική Περιφέρεια, ενισχύοντας τη συνεργασία με άλλες διευθύνσεις και φορείς, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα.

Ο Κανονισμός αποσκοπεί επίσης στην περιορισμό φαινομένων αποσπασματικής υλοποίησης και ανεπαρκούς οργάνωσης των δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής υγείας. Η εφαρμογή του αναμένεται να οδηγήσει σε μια οργανωμένη και συστηματική ανάπτυξη των προγραμμάτων αυτών, βελτιώνοντας την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των δράσεων σε όλη την περιοχή αρμοδιότητας της 2ης ΔΥΠΕ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεσμικό Πλαίσιο ανάπτυξης προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό

Η ανάπτυξη προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας στην 2η Υγειονομική Περιφέρεια ακολουθεί τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας και καθοδηγείται από τις ακόλουθες βασικές κατευθυντήριες γραμμές:

1. **Επέκταση δράσεων σε όλες τις περιοχές ευθύνης της**: Η υλοποίηση προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων επεκτείνεται σε όλες τις περιοχές που ανήκουν στην ευθύνη της 2ης ΔΥΠΕ, δίνοντας έμφαση στις απομακρυσμένες και απομονωμένες κοινότητες. Η στρατηγική αυτή στοχεύει στη διασπορά των οφελών της πρόληψης και αγωγής υγείας σε πληθυσμούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες.
2. **Χαρτογράφηση των υποδομών και αναγκών του πληθυσμού**: Ο αρχικός προσδιορισμός των υποδομών υγειονομικών μονάδων και των αναγκών του πληθυσμού γίνεται από τους Συντονιστές των Δικτύων, οι οποίοι συνεργάζονται με εξειδικευμένα Πανεπιστημιακά Τμήματα για την εφαρμογή της χαρτογράφησης, η οποία απαιτεί πόρους, μεθοδολογία και επιδημιολογικά δεδομένα.
3. **Συνεργασίες με Συλλόγους και Διεθνείς Οργανισμούς**: Η ανάπτυξη συνεργασιών σε τοπικό, πανελλήνιο και διεθνές επίπεδο με Συλλόγους και Ομοσπονδίες Ασθενών και, όπου είναι εφικτό, με Διεθνείς Οργανισμούς και Δίκτυα Ασθενών, ενδυναμώνει την αποτελεσματικότητα των δράσεων.
4. **Αποτύπωση δεξιοτήτων και δυνατοτήτων των μελών των Δικτύων**: Η καταγραφή των δεξιοτήτων, της εμπειρίας και της εκπαίδευσης των μελών των Δικτύων αποτελεί σημαντικό βήμα για την αποτελεσματική υλοποίηση των δράσεων στην κοινότητα. Η διαδικασία αυτή ανατίθεται στους Συντονιστές των Δικτύων.
5. **Ενδιαφέρον και συμμετοχή των μελών των Δικτύων**: Η αποτύπωση του ενδιαφέροντος των μελών των Δικτύων για την υλοποίηση των δράσεων και η δημιουργία Ομάδων Εργασίας με αντικείμενο τις δραστηριότητες των Δικτύων πραγματοποιείται μέσω πρόσκλησης υποβολής ενδιαφέροντος, με την καθοδήγηση των Συντονιστών.
6. **Αναζήτηση καινοτόμων δράσεων**: Η ενθάρρυνση και η αναζήτηση πρωτότυπων και καινοτόμων δράσεων από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί σημαντική κατεύθυνση.
7. **Εκπαιδευτικές ημερίδες / σεμινάρια**: Η διεξαγωγή εκπαιδευτικών ημερίδων και σεμιναρίων , δια ζώσης και διαδικτυακά υπό την ευθύνη της ΔΔΥ και των Συντονιστών στοχεύοντας στη βελτίωση της προετοιμασίας και απόκρισης των επαγγελματιών υγείας

που εμπλέκονται στις δράσεις και στην ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών σχετικά με την πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή υγείας. Επιπλέον, οι ημερίδες μπορούν να περιλαμβάνουν και ετήσιες απολογιστικές συνεδρίες αλλά και προσκεκλημένους επιστήμονες για εξειδικευμένα θέματα.

8. **Αξιολόγηση δράσεων**: Η συνεχής αξιολόγηση των δράσεων, είτε μέσω εσωτερικής είτε εξωτερικής διαδικασίας, στοχεύει στην λήψη μέτρων για τη συνεχιζόμενη βελτίωση και ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους.
9. **Απολογισμός και Ανατροφοδότηση**: Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την κατάθεση απολογιστικών στοιχείων των δράσεων από τους Υπεύθυνους για την Επιστημονική Λειτουργία των ΚΥ / Διοικητών των Νοσοκομείων, με μέριμνα των Συντονιστών Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (ΣΠΑΥ) κάθε ΥΜ προς τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και τους Συντονιστές των Δικτύων σε προτυποποιημένες φόρμες (Βλ. Παράρτημα)

Ο παρών κανονισμός διανέμεται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και τους φορείς που συμμετέχουν ή ενδιαφέρονται να οργανώσουν δράσεις στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των μελών των Δικτύων και των Νοσηλευτών ειδικότητας Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής και επικαιροποιείται ανά τριετία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Σχεδιασμός και προγραμματισμός προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό

Ο σχεδιασμός και προγραμματισμός των προγραμμάτων, δράσεων και παρεμβάσεων για την προαγωγή και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας ανατίθεται σε επιστημονικά υπεύθυνους, οι οποίοι έχουν την ευθύνη για την επιστημονική καθοδήγηση, οργάνωση και υλοποίηση των δράσεων. Οι δράσεις αυτές μπορεί να λαμβάνουν χώρα εντός ή εκτός της ΥΜ.

2.1 Επιστημονικά Υπεύθυνος/-η της δράσης

Ο/Η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η της δράσης αναλαμβάνει τη συνολική ευθύνη για το σχεδιασμό, την προετοιμασία, την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την υλοποίηση της κάθε δράσης ή παρέμβασης.

Ειδικότερα, ο/η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η μπορεί να είναι:

- **Σε επίπεδο Υγειονομικής Μονάδας, ο Συντονιστής Παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας (ΣΠΑΥ)** ,με τις εξής αρμοδιότητες:

1. Συνεργασία με την/τον Υπεύθυνο/η για την Επιστημονική λειτουργία του Κέντρου Υγείας ή τον/την Διοικητή/τρια, του Νοσοκομείου για την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας και προληπτικών δράσεων.
2. Σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Προληπτικών Δράσεων, με βάση τις διατάξεις του νόμου 4675/2020, Εθνικά Προγράμματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες του

πληθυσμού. Ανάπτυξη προγραμμάτων τοπικού επιπέδου, αναλόγως των αναγκών του πληθυσμού.

3. Συντονισμό κλιμακίων της οικείας μονάδας, για την υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας και προληπτικών δράσεων στην κοινότητα.
4. Συμμετοχή στις υποχρεωτικές συναντήσεις του Δικτύου ΑΥΠ.
5. Καταγραφή και απολογισμό των δράσεων και τήρηση σχετικού ηλεκτρονικού αρχείου.
6. Αρμοδιότητες που περιλαμβάνονται στις σχετικές εγκυκλίους των προγραμμάτων αγωγής υγείας στον μαθητικό πληθυσμό.

- **Σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας**:

- Ο/Η **Συντονιστής/τρια του Δικτύου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας**, Με αρμοδιότητες που καθορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.
- Ο/Η **Συντονιστής/τρια του Δικτύου Μαιών-Μαιευτών,** Με αρμοδιότητες που καθορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.
- Η/Ο **Συντονίστρια/στής της Νοσηλευτικής Ειδικότητας Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής**, που έχει την ευθύνη για την εφαρμογή δράσεων που αφορούν τη δημόσια υγεία και την κοινοτική νοσηλευτική.

2.2 Σχεδιασμός και Προγραμματισμός δράσεων

Προκειμένου να εξασφαλίζεται ο επαρκής χρόνος προετοιμασίας και ελέγχου της διαδικασίας έγκρισης, είναι υποχρεωτική η κατάθεση αιτήματος **μηνιαίου** προγραμματισμού και σχεδιασμού δράσεων, το οποίο πρέπει να συμπληρώνεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο, να υπογράφεται από τον Υπεύθυνο για την Επιστημονική Λειτουργία της ΥΜ και να αποστέλλεται στο Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων ΔΥ της ΔΔΥ με κοινοποίηση στον/στην Συντονιστή/τρια του αντίστοιχου Δικτύου, το πρώτο 10ήμερο του προηγούμενου μήνα.

Για δράσεις που προκύπτουν πέρα του μηνιαίου προγραμματισμού, η αποστολή του αιτήματος θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 10 μέρες πριν από την προγραμματισμένη ημερομηνία διεξαγωγής της δράσης.

Ο παραπάνω προγραμματισμός αφορά δράσεις εντός και εκτός της ΥΜ.

Αιτήματα για δράσεις που προγραμματίζονται να πραγματοποιηθούν εκτός ωραρίου λειτουργίας της ΥΜ, δεν θα εγκρίνονται.

2.3 Υποχρεωτικά χαρακτηριστικά του αιτήματος της προτεινόμενης δράσης - Κριτήρια αξιολόγησης των προγράμματων, παρεμβάσεων και δράσεων

Η συμπλήρωση του αιτήματος σχεδιασμού πρέπει υποχρεωτικά να περιλαμβάνει αναλυτικά τα παρακάτω στοιχεία για κάθε αναφερόμενη δράση:

1. **Είδος δράσης:** Αν η δράση αφορά αγωγή υγείας ή προληπτική.
2. **Συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας:** Αναφορά στους επαγγελματίες υγείας της ΥΜ που θα συμμετέχουν στη δράση.
3. **Θεματολογία και σκοπός της δράσης:** Περιγραφή του θεματικού αντικειμένου της δράσης, του σκοπού και των στόχων της παρέμβασης.
4. **Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της προτεινόμενης προληπτικής παρέμβασης** (σε περίπτωση προληπτικής δράσης)
5. **Μεθοδολογία:** Περιγραφή των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν για την υλοποίηση της δράσης (π.χ., σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, προληπτικές παρεμβάσεις, κ.λπ.).
6. **Πληθυσμός στόχος:** Ο καθορισμός του πληθυσμού που θα επωφεληθεί από τη δράση.
7. **Τοποθεσία διεξαγωγής της δράσης:** Σε περίπτωση διεξαγωγής της δράσης σε περιοχή ευθύνης άλλης Υγειονομικής Μονάδας, θα πρέπει να προσκομίζεται έγγραφη συναίνεση της εν λόγω ΥΜ. Ειδικότερα για την νησιωτική περιοχή αρμοδιότητας της 2ης ΥΠΕ, οι δράσεις θα σχεδιάζονται είτε από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, είτε κατόπιν εξέτασης αιτημάτων τοπικών φορέων.
8. Τα αιτήματα Δήμων ή άλλων τοπικών φορέων για δράσεις που δεν απευθύνονται στην ΥΜ της περιοχής ευθύνης τους, θα αποστέλλονται στο Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων ΔΥ της ΔΔΥ της 2ης ΥΠΕ. Κατόπιν αξιολόγησης του αιτήματος, ο ορισμός του κλιμακίου των συμμετεχόντων στη δράση και το χρονικό διάστημα υλοποίησης αυτής θα καθορίζονται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ .
9. **Ημερομηνία και ώρα διεξαγωγής:** Η ακριβής ημερομηνία ή το χρονικό διάστημα στο οποίο έχει προγραμματιστεί η διεξαγωγή της δράσης.
10. **Υλικό και Εξοπλισμός:** Ο κατάλογος των αναγκαίων αναλώσιμων υλικών και προσδιορισμός χρήσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που ενδεχομένως απαιτούνται για την υλοποίηση της δράσης.
11. **Διακίνηση διαγνωστικών δειγμάτων και Διαχείριση παραγόμενων επικίνδυνων αποβλήτων**, σε περίπτωση που προκύπτουν από τη δράση.
12. **Πιθανό κόστος δράσης:** Ο προϋπολογισμός για την υλοποίηση της δράσης, ο οποίος περιλαμβάνει όλες τις πιθανές δαπάνες.
13. **Συνεργασία με άλλους φορείς:** Οποιαδήποτε συνεργασία με άλλους φορείς (π.χ., τοπικούς φορείς, άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, ΜΚΟ), η οποία ενδέχεται να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της δράσης.

Η πλήρης και σωστή συμπλήρωση αυτών των στοιχείων διασφαλίζει τη σωστή προετοιμασία, τη συνεκτικότητα του προγραμματισμού και την ενδελεχή παρακολούθηση των δράσεων, εξασφαλίζοντας έτσι την επιτυχία τους στην πράξη.

2.4 Σχεδιασμός και προγραμματισμός προληπτικών δράσεων και παρεμβάσεων στον πληθυσμό από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το Τμήμα Προγραμματισμού Δράσεων Δημόσιας Υγείας εισηγείται για την ανάπτυξη, καταγραφή και

αξιολόγηση προγραμμάτων και δράσεων δημόσιας υγείας στην περιοχή ευθύνης της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας, σε συνεργασία με το Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας και τους Συντονιστές των Δικτύων.

Οι Συντονιστές των Δικτύων είναι υπεύθυνοι για την κινητοποίηση των μελών τους, για την υλοποίηση των δράσεων σε όλους τους νομούς της γεωγραφικής ευθύνης της 2ης ΥΠΕ.

2.5 Εξαιρέσεις από τη διαδικασία σχεδιασμού

Για τις δράσεις και τα προγράμματα που σχεδιάζονται από το Υπουργείο Υγείας όπως τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στον Μαθητικό Πληθυσμό και το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ», ή και από άλλους φορείς, όπως οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), ακολουθείται η διαδικασία που προβλέπεται από την αντίστοιχη νομοθεσία κάθε φορά και γίνεται αναφορά στο Κεφάλαιο 5.

2.6 Ανάπτυξη δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα χωρίς εποπτικό υλικό σε μαθητικό πληθυσμό

Για τις προληπτικές δράσεις που αφορούν τον μαθητικό πληθυσμό, ακολουθείται η διαδικασία που προβλέπεται και για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στον Μαθητικό Πληθυσμό που σχεδιάζονται από το ΥΥ.

Πριν την έναρξη της σχολικής χρονιάς, εκδίδεται Απόφαση Διοικητή σύστασης κλιμακίων για την υλοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα στο μαθητικό πληθυσμό των σχολείων που βρίσκονται στην χωρική αρμοδιότητα της 2ης ΥΠΕ κατά τη διάρκεια του επερχόμενου σχολικού έτους. Η Απόφαση αυτή κοινοποιείται στο ΥΥ και αποστέλλεται στο ΥΠ για έγκριση εισόδου στις σχολικές μονάδες.

Οι δράσεις αφορούν σε:

- Έλεγχο βιβλιαρίων υγείας των μαθητών προκειμένου να εκτιμηθεί η εμβολιαστική τους κάλυψη σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.
- Αδρό Έλεγχο οπτικής οξύτητας με οπτότυπο
- Προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο
- Έλεγχο σκολίωσης (Adams test)
- Παιδιατρική εξέταση
- Έλεγχο αναπνευστικού συστήματος διά ακροάσεως με στηθοσκόπιο

2.7 Χρήση Έντυπου Υλικού

Το έντυπο υλικό που χρησιμοποιείται στις δράσεις θα πρέπει να αποσκοπεί στην επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σχετικά με θέματα υγείας, καθώς και στη διαμόρφωση και ενίσχυση μιας κουλτούρας συνεργασίας, συμμετοχής και αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας των δημόσιων δομών υγειονομικής φροντίδας και των πολιτών που συμμετέχουν στις δράσεις.

Το εν λόγω υλικό αντλείται από τον διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας, το οποίο αποτελεί πνευματική του ιδιοκτησία, καθώς και από τους αρμόδιους εποπτευόμενους και συνεργαζόμενους επιστημονικούς φορείς. Η χρήση του υλικού επιτρέπεται μόνο στο πλαίσιο των αντίστοιχων δράσεων και παρεμβάσεων.

Ιδιαίτερη προσοχή οφείλει να δίδεται στις επικαιροποιημένες οδηγίες και τα πρωτόκολλα που εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας και επίσημους επιστημονικούς φορείς, ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοποίηση της σύγχρονης και επικαιροποιημένης επιστημονικής γνώσης.

2.8 Οδηγίες Διεξαγωγής Ημερίδων, Συνεδρίων, Σεμιναρίων από τους Συντονιστές των Δικτύων και των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων

Για τη διοργάνωση Ημερίδων και Συνεδρίων που προτείνονται και οργανώνονται από τους Συντονιστές των Δικτύων και των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων, απαιτείται η υποβολή αντίστοιχης πρότασης στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ. Η πρόταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Σχέδιο του προγράμματος της εκδήλωσης,
- Προτεινόμενη ημερομηνία,
- Τόπο και τρόπο διεξαγωγής,
- Προτεινόμενους ομιλητές.

Αφότου ολοκληρωθεί ο σχεδιασμός της εκδήλωσης, η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας εισηγείται στη Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ, για έγκρισή της.

Η πρόταση για τη διοργάνωση Ημερίδας ή Συνεδρίου θα πρέπει να υποβάλλεται στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ σε επαρκές χρονικό διάστημα πριν από την προτεινόμενη ημερομηνία διεξαγωγής (τουλάχιστον έναν μήνα νωρίτερα), ώστε να υπάρχει ικανός χρόνος για την κατάλληλη προετοιμασία και οργάνωση της εκδήλωσης

2.9 Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Κατά τη διάρκεια της οργάνωσης και υλοποίησης των δράσεων, είναι απαραίτητο να τηρούνται οι κανονισμοί για την προστασία προσωπικών δεδομένων, όπως αυτοί προβλέπονται από τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (ΓΚΠΔ), τον Νόμο 4624/2019 και άλλες σχετικές νομοθεσίες, όπως ο Ν. 2472/1997 και ο Ν. 3471/2006 για τις ηλεκτρονικές επικοινωνίες.

Οι Επιστημονικά Υπεύθυνοι της δράσης είναι υπεύθυνοι για την ορθή εφαρμογή αυτών των κανονισμών και τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αξιολόγηση και Απολογισμός Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων στον Πληθυσμό

3.1 Αξιολόγηση Δράσης

Η αξιολόγηση των δράσεων αποτελεί μία διαδικασία αποτίμησης της καταλληλόλητας, λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας της δράσης σε σχέση με τους καθορισμένους στόχους. Τα κριτήρια που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση της δράσης περιλαμβάνουν:

- **Είδος δράσης**
- **Απήχηση στον πληθυσμό:** Ενδείξεις της αποδοχής και της συμμετοχής του πληθυσμού στη δράση.
- **Τήρηση των προδιαγραφών του Κανονισμού:** Εξέταση της συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του κανονισμού.
- **Επιστημονική Τεκμηρίωση Πληροφοριών:** Αξιολόγηση της βασιμότητας των πληροφοριών που παρασχέθηκαν κατά τη δράση και της επιστημονικής τους τεκμηρίωσης.
- **Αξιοποίηση Σύγχρονου Εξοπλισμού:** Εξέταση της αποτελεσματικής χρήσης σύγχρονου εξοπλισμού κατά την υλοποίηση της δράσης.
- **Αξιολόγηση Ικανοποίησης των Συμμετεχόντων:** Στην περίπτωση που είναι εφικτό, με χρήση ερωτηματολογίων ή άλλων εργαλείων, να εξεταστεί η ικανοποίηση των συμμετεχόντων.
- **Αξιολόγηση Αποτελεσματικότητας:** Η μέτρηση της κατανόησης των πληροφοριών που παρέχονται στους συμμετέχοντες και της δυνατότητας εφαρμογής των οδηγιών που δόθηκαν, μέσω ειδικών ερωτηματολογίων.

Η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω διαφόρων μεθόδων, με σκοπό την ακριβή εκτίμηση της επιτυχίας ή αποτυχίας της δράσης:

1. **Αξιολόγηση από τους Συμμετέχοντες:** Η αξιολόγηση από τους συμμετέχοντες μπορεί να γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίων, ειδικών φορμών ή άλλων εργαλείων που θα διανείμουν οι επαγγελματίες υγείας.
2. **Εσωτερική Αξιολόγηση:** Η εσωτερική αξιολόγηση αφορά την εκτίμηση της δράσης από τους επαγγελματίες υγείας που την υλοποιούν ή από τα στελέχη της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, με βάση τα παραπάνω κριτήρια. Σκοπός της είναι η αποτύπωση των αποτελεσμάτων και η εξαγωγή συμπερασμάτων για τη βελτίωση της δράσης στο μέλλον.
3. **Αξιολόγηση από Εξειδικευμένους Επιστήμονες:** Εάν κρίνεται αναγκαίο, μπορεί να ζητηθεί η συνδρομή εξωτερικών εξειδικευμένων επιστημόνων ή ακαδημαϊκών προκειμένου να ενισχυθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης.

Το αποτέλεσμα **Αξιολόγησης** της δράσης, εφόσον πραγματοποιείται, σύμφωνα με το έντυπο του **Παραρτήματος (έντυπο 3.1)**, πρέπει να αποστέλλεται από τους Επιστημονικά Υπεύθυνους

εντός **10 ημερών** από την ολοκλήρωση της δράσης στο Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ με κοινοποίηση στον αντίστοιχο Συντονιστή. Ενδεχομένως, η δράση μπορεί να αξιολογηθεί και από εξωτερικό φορέα, ο οποίος θα οριστεί από τη Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ.

3.2 Απολογιστικά Δράσεων

Ο/Η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η της δράσης συμπληρώνει τον αντίστοιχο με το είδος της δράσης προτυποποιημένο πίνακα απολογιστικών (Τα υποδείγματα των εντύπων απολογισμού δράσης βρίσκονται στο Παράρτημα) και τον αποστέλλει στο Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας της 2ης ΥΠΕ, το αργότερο **10 ημέρες μετά την ολοκλήρωση της δράσης.**

Η αξιολόγηση και ο απολογισμός των δράσεων είναι καθοριστικής σημασίας για την εξαγωγή συμπερασμάτων και την αναβάθμιση της ποιότητας των προγραμμάτων και παρεμβάσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας. Για το λόγο αυτό, όλοι οι πίνακες απολογιστικών είναι σε μορφή excel και πρέπει να αποστέλλονται σε αυτή την μορφή, προκειμένου να μπορούν να επεξεργαστούν , τόσο σε επίπεδο ΥΜ όσο και σε επίπεδο συνόλου Υγειονομικών Μονάδων.

3.3 Απολογιστικά δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα χωρίς εποπτικό υλικό σε μαθητικό πληθυσμό

Στο τέλος κάθε σχολικής χρονιάς, και έως 30 Ιουνίου, ο Συντονιστής Παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας της ΥΜ συμπληρώνει τους αντίστοιχους προτυποποιημένους πίνακες απολογιστικών και τους αποστέλλει στο Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας της 2ης ΥΠΕ.

3.4 Συγκεντρωτικά απολογιστικά ΔΔΥ

Στο τέλος κάθε ημερολογιακής χρονιάς, το Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας επεξεργάζεται τα απολογιστικά των ΥΜ και τα γνωστοποιεί στη Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ και τα κοινοποιεί σε όλες τις μονάδες ΠΦΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ενέργειες Δημοσιοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων και Παρεμβάσεων στον Πληθυσμό

Πριν από την υλοποίηση κάθε δράσης, η ΥΜ μπορεί να προβαίνει σε ενέργειες δημοσιοποίησης, με στόχο την έγκαιρη ενημέρωση του κοινού και των ενδιαφερομένων φορέων.

Εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία έγκρισης του αιτήματος της δράσης από τη Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ, οι ενέργειες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

1. Την ανάρτηση σχετικής ανακοίνωσης και, ενδεχομένως, διαδικτυακής αφίσας της δράσης, στον ιστότοπο της 2ης ΔΥΠΕ, στο μενού "Δημόσια Υγεία - Προγράμματα και Δράσεις Δημόσιας Υγείας , μετά από σχετικό αίτημα στη Διεύθυνση Πληροφορικής
2. Την ανάρτηση σχετικής ανακοίνωσης και, ενδεχομένως, διαδικτυακής αφίσας της δράσης εντός της ΥΜ
3. Την ανάρτηση σχετικής ανακοίνωσης και, ενδεχομένως, διαδικτυακής αφίσας της δράσης στα μέσα κοινωνικής διαδικτύωσης
4. Την προώθηση σχετικής ανακοίνωσης και, ενδεχομένως, διαδικτυακής αφίσας της δράσης στους τοπικούς φορείς (Δήμους , Κοινότητες) για κοινοποίηση στους ενδιαφερόμενους δημότες - πολίτες

Επιπλέον, για τις δράσεις που οργανώνονται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συντάσσεται και **Δελτίο Τύπου** και αναρτάται στον ιστότοπο της 2ης ΔΥΠΕ, κατόπιν έγκρισης της Διοίκησης.

Επισημαίνεται ότι κατά την υλοποίηση των δράσεων και παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας, δεν επιτρέπεται η φωτογράφιση, η βιντεοσκόπηση, η ηχογράφηση ασθενών ή άλλων ατόμων που συμμετέχουν στις δράσεις, καθώς και οι σχετικές αναρτήσεις στα μέσα κοινωνικής διαδικτύωσης, σε διαδικτυακά ή έντυπα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και άλλους ιστότοπους, χωρίς να έχει διασφαλιστεί η γραπτή συναίνεσή τους. Ιδιαίτερα, όταν η δράση αφορά τον μαθητικό πληθυσμό, η λήψη φωτογραφιών, βίντεο ή ηχογραφήσεων των μαθητών και μαθητριών δεν επιτρέπεται υπό οποιεσδήποτε συνθήκες.

Σε περίπτωση που δεν έχει ληφθεί η συναίνεση, οι φωτογραφίες πρέπει να λαμβάνονται με τέτοιον τρόπο ώστε να μην αποτυπώνονται τα πρόσωπα των συμμετεχόντων, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Σχεδιασμός και προγραμματισμός δράσεων που εξαιρούνται των περιγραφόμενων διαδικασιών

Το κεφάλαιο αυτό αφορά τα προγράμματα και οι δράσεις αυτού του κεφαλαίου που σχεδιάζονται από το Υπουργείο Υγείας όπως τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στον Μαθητικό Πληθυσμό και το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ», ή και από άλλους φορείς, όπως οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ).

5.1 Προγράμματα Υπουργείου Υγείας που αφορούν τον μαθητικό πληθυσμό:

- **Προγράμματα δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο**
- **Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας Παιδιών και Εφήβων – ΔΙΩΝΗ", για τον παιδικό – μαθητικό πληθυσμό**
- **Διαδικασίες ανάπτυξης και υλοποίησης δράσης ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης παιδιών, εφήβων και νέων με αναπηρία για την ισότιμη πρόσβαση σε Μονάδες και**

Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με θέμα "ΓΝΩΡΙΖΩ ΚΑΙ ΜΑΘΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΟΥ – ΠΛΕΙΑΔΕΣ"

Τα παραπάνω προγράμματα σχεδιάζονται από τη Διεύθυνση ΠΦΥ, Τμήμα Γ΄ Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Πρόληψη της Γενικής Γραμματείας ΠΦΥ του ΥΥ κάθε χρόνο, τα οποία διαχειρίζεται το Τμήμα Εφαρμογής Δράσεων Δημόσιας Υγείας. Η διαδικασία προγραμματισμού και υλοποίησης των παραπάνω δράσεων περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ετήσια έκδοση σχετικής Εγκυκλίου από τη Διεύθυνση ΠΦΥ, Τμήμα Γ΄ Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Πρόληψη της Γενικής Γραμματείας ΠΦΥ του ΥΥ, πριν την έναρξη κάθε σχολικής χρονιάς.
2. Δήλωση Συμμετοχής και Προγραμματισμός Δράσεων από τις ΥΜ βάση της εγκυκλίου.
3. Έκδοση σχετικής Απόφασης από τη Διοίκηση 2ης ΥΠΕ με κοινοποίηση στο Υπουργείο Υγείας και Παιδείας.
4. Αποστολή απολογιστικών των δράσεων από τις ΥΜ στο τέλος κάθε σχολικής χρονιάς προς το ΤΕΔΔΥ και προώθηση συγκεντρωτικών απολογιστικών στο ΥΥ.

5.2 Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ»

Το πλαίσιο και οι διαδικασίες υλοποίησης των εν λόγω προγραμμάτων καθορίζονται από τις αντίστοιχες ΚΥΑ.

Οι υγειονομικές δομές οφείλουν:

1. Να ενημερώνουν τους πολίτες, με κάθε πρόσφορο μέσο, για τα προγράμματα.
2. Να ελέγχουν την έκδοση των απεσταλμένων παραπεμπτικών (στην περίπτωση που ο πολίτης δε έχει ενεργοποιήσει την άυλη συνταγογράφηση) και να προβαίνουν σε εκτύπωσή τους.
3. Να εξηγούν την χρησιμότητα ενεργοποίησης της άυλης συνταγογράφησης και να διευκολύνουν, όπου είναι δυνατόν.

Οι συμμετέχουσες υγειονομικές δομές στα προληπτικά προγράμματα «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ» οφείλουν:

1. Να ακολουθούν τις οδηγίες υλοποίησης των προγραμμάτων, βάση της ισχύουσας νομοθεσίας.
2. Να διευκολύνουν την εξέταση των πολιτών και την εκτέλεση των παραπεμπτικών, προς αποφυγή της λήξης αυτών.
3. Να αποστέλλουν, σε μηνιαία βάση, στο Τμήμα Προγραμματισμού της Δ.Δ.Υ. της 2ης ΔΥΠΕ απολογιστικά για το κάθε πρόγραμμα.

5.3 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) – Άλλοι Φορείς (Δήμοι, Περιφερειακές Ενότητες κλπ.)

Λαμβάνοντας υπόψη το άρθρο 8 του Ν. 4675/2020, πέρα των όσων αναφέρονται στην εγκύκλιο με ΑΔΑ: 783Ι465ΦΥΟ-ΦΧ6[1], έχοντας ως γνώμονα τον καλύτερο συντονισμό, τη βέλτιστη ωφέλεια των πολιτών και την ομοιογένεια (κατά το δυνατόν) των δράσεων, ορίζονται τα κάτωθι:

1. Αποστολή προγραμματισμού δράσεων για κάθε έτος ως τέλος Ιουνίου (το αργότερο) του προηγούμενου (τρέχοντος) έτους[1] (π.χ. ο προγραμματισμός του 2026 θα αποστέλλεται Ιούνιο 2025). Στο έγγραφο πρέπει να αναφέρονται και οι ιατρικές ειδικότητες (έστω και κατά προσέγγιση) που θα συμμετέχουν στη δράση καθώς και το αν διενεργηθούν διαγνωστικές εξετάσεις και ποιες.
2. Το δημιουργούμενο αρχείο προγραμματισμού θα κοινοποιείται από την 2η ΔΥΠΕ, ως κοινόχρηστο έγγραφο, στους εμπλεκόμενους φορείς με σκοπό τη διαφάνεια και την εκούσια τροποποίηση των δράσεων με απώτερο στόχο την κάλυψη όλων των νησιών και την αποφυγή επικάλυψης.
3. Οι δράσεις, ανά σημείο-τόπο, κυρίως όσων αποτελούνται από κοινές ιατρικές ειδικότητες και δεν αφορούν σε εξειδικευμένη διαγνωστική εξέταση ή προσέγγιση, θα πρέπει να απέχουν χρονικά μεταξύ τους, τουλάχιστον, 3 μήνες. Σε διαφορετική περίπτωση, θα πρέπει να αποστέλλεται έγγραφη αιτιολόγηση από τον αιτούντα φορέα, στην οποία να τεκμηριώνεται με σαφήνεια η αναγκαιότητα συνοδευόμενη από επιβεβαίωση ή τη σύμφωνη γνώμη της τοπικής Δημοτικής αρχής και της υγειονομικής μονάδας, προκειμένου να εγκρίνεται, κατ' εξαίρεση, η δράση από τη 2η ΔΥΠΕ.
4. Η 2η ΔΥΠΕ δύναται να προβαίνει σε τροποποιήσεις του προγραμματισμού, τόπο-χρόνο-ειδικότητες, με σκοπό την ισομερή κάλυψη των αναγκών, κατόπιν επικοινωνίας με τις ομάδες.
5. Ανάγκες που προκύπτουν (και δεν καλύπτονται από τον προγραμματισμό) στη διάρκεια του έτους, είτε εντοπίζονται από την Δημοτική αρχή είτε από τη μονάδα υγείας, αποστέλλονται στην 2η ΔΥΠΕ ώστε να γίνουν οι απαιτούμενες ενέργειες κάλυψης αυτών, προς αποφυγή παρακώλησης του όλου συντονισμού.
6. Μόνο κατόπιν έγγραφης επιβεβαίωσης από την 2η ΔΥΠΕ, εφόσον έχει ελεγχθεί το πρόγραμμα για επικαλύψεις/αναγκαιότητα/ χρονικό διάστημα μεταξύ επισκέψεων, οι ομάδες προβαίνουν στις λοιπές ενέργειες οργάνωσης της δράσης (ενημέρωση, επικοινωνία με φορείς, έκδοση των απαιτούμενων δικαιολογητικών κτλ).
7. Οι μονάδες υγείας οφείλουν ως τέλος Μαΐου (το αργότερο) κάθε έτους να αποστέλλουν στην 2η ΔΥΠΕ τις ιατρικές ειδικότητες που κρίνονται απαιτούμενες για την κάλυψη των αναγκών του τοπικού πληθυσμού ή όποια άλλη ενέργεια

[1] Τον πρώτο χρόνο εφαρμογής του κανονισμού, κατ' εξαίρεση, η διαδικασία παρατείνεται ως τον Σεπτέμβριο.

θεωρείται απαραίτητη (π.χ η έκδοση ΑΔΥΜ του μαθητικού πληθυσμού, ιατρικές βεβαιώσεις για αθλητισμό κτλ)

8. Οι φορείς οφείλουν να αποστέλλουν τα απολογιστικά και τα ευρήματα τους, σύμφωνα με τις οδηγίες της 2ης ΔΥΠΕ, σε καθορισμένο έντυπο (βλ. Παράρτημα) με σκοπό την ομοιογένεια των καταγραφών και τη δυνατότητα της βέλτιστης επεξεργασίας τους για εξαγωγή επιδημιολογικών δεδομένων και ενδεχομένως δευτερογενούς παρέμβασης.
9. Οι υγειονομικές δομές, μετά το πέρας εκάστης δράσης, οφείλουν να προβαίνουν στην αξιολόγησης της όπως επίσης και του φορέα υλοποίησης, σύμφωνα με τις οδηγίες της 2η ΔΥΠΕ σε προκαθορισμένο έγγραφο.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ-ΑΝΑΦΟΡΕΣ:

1. Τον Νόμο Υπ. Αριθμ. 4675 «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις».(ΦΕΚ Α' 54/11-03-2020)
2. Το Ν. 4486/2017, «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»
3. Το με αρ. πρ. Γ1γ/Γ.Φ.13,18/Γ.Π.οικ.19814/08-03-2018 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Καθορισμός Ενιαίας Διαδικασίας Ανάπτυξης και Οργάνωση προγραμμάτων, παρεμβάσεων και δράσεων, Προληπτικών Ιατρικών Εξετάσεων σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο γενικό ή σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού» (ΑΔΑ: 783Ι465ΦΥΟ-ΦΧ6)
4. Το με αρ. πρ. Γ1γ/Γ.Φ.3.3,12Β,13,18Α,Ζ,/ Γ.Π. 47461 /11-11-2024 έγγραφο, με θέμα : «Ανάπτυξη, οργάνωση και υλοποίηση παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με θέμα: "Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας Παιδιών και Εφήβων – ΔΙΩΝΗ", για τον παιδικό – μαθητικό πληθυσμό, για το σχολικό έτος 2024-2025» (ΑΔΑ : 905Ν465ΦΥΟ-ΛΟΕ) **(Με ετήσια αναθεώρηση)**
5. Το έγγραφο Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Ζ , ΦΑΥ4,6(2024)/Γ.Π. 49436 /18-9-2024 (ΑΔΑ: 6Ν85465ΦΥΟ-ΟΤΔ) του Τμήματος Γ' Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας **(Με ετήσια αναθεώρηση)**
6. Το αριθ. πρωτ. Γ1γ/Γ.Φ.13Β,18Α,20.ΣΤ/Γ.Π.47197/18-09-2024 έγγραφο, με θέμα : «Συνέχιση ανάπτυξης και υλοποίησης για το σχολ. Έτος 2024-2025 της δράσης ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης παιδιών, εφήβων και νέων με αναπηρία για την ισότιμη πρόσβαση σε Μονάδες και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με θέμα "ΓΝΩΡΙΖΩ ΚΑΙ ΜΑΘΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΟΥ – ΠΛΕΙΑΔΕΣ"».**(Με ετήσια αναθεώρηση)**
7. Την με αριθ.πρωτ.Γ1/ΓΠοικ.60083/2-8-2018 Εγκύκλιο «Συγκρότηση Δικτύων Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών – Μαιευτών και Δικτύων Αγωγής Υγείας και Πρόληψης» (ΑΔΑ: ΨΚΒ7465ΦΥΟ-7ΓΙ)
8. Το με αριθ. Πρωτ.Γ1α/Γ.Π.οικ.85223/6-11-2018 έγγραφο του Τμήματος Γ' Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας με θέμα: « Διευκρινήσεις αναφορικά με την συγκρότηση Δικτύων Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών – Μαιευτών και Δικτύων Αγωγής και Πρόληψης».
9. Το με αριθ. Πρωτ.Γ1γ/Γ.Φ.3.3,13,18ΖΦΑΥ4,6(2022)/ Γ.Π.35662/ 27-6-2022, έγγραφο του Τμήματος Γ' Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας με θέμα: « Παροχή διευκρινίσεων αναφορικά με την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων Αγωγής Υγείας σε άλλους φορείς πέραν των σχολικών μονάδων».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΝΤΥΠΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ, ΔΡΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ 2Η ΥΠΕ

1. ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΥΘΗΣΜΟ

1.1 ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ/ΔΡΑΣΕΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ **(Με ετήσια αναθεώρηση)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Υ.Πε. ……

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ/ΔΡΑΣΕΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΙΣ Υ.Πε.)

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ……

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ : 2024 - 2025

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ /ΚΛΑΔΟΣ	ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΔΡΑΣΕΙΣ																																	
			Α	Β		Γ	Δ		Ε				ΣΤ			Ζ	Η	Θ	Ι					ΙΑ	ΙΒ	ΙΓ		ΙΔ	ΙΕ	ΙΣΤ	ΙΖ	ΙΗ		ΙΘ	Κ	ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ	
				i	ii		Δ.1	Δ.2	Ε.1	Ε.2	Ε.3	Ε.4	ΣΤ.1	ΣΤ.3	ΣΤ.4				Ι.1	Ι.2	Ι.3	Ι.4	Ι.5			ΙΓ.1	ΙΓ.2						ΙΗ.1	ΙΗ.2			ΟΚΑΝΑ	ΚΕΘΕΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ Ο ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΗΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ **(Ν)** ΚΑΙ ΔΗΛΩΝΟΝΤΑΙ ΤΟ ΜΕΓΙΣΤΟ ΕΩΣ ΟΚΤΩ (8) ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΑ Τ.ΟΜ.Υ. ΚΑΙ ΤΑ Τ.Ι. (ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

1.2 ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ **(Με ετήσια αναθεώρηση)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Υ.Πε. ……

Α. ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
(ΤΗΡΕΙΤΑΙ ΣΤΗΝ Υ.Πε. ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ Β)

Ι.1. ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ α) ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : ☐ **β) Κ.Υ./ΤΟΜΥ :** ☐ **γ) ΑΛΛΟ :** ☐

ΟΝΟΜΑΣΙΑ : ……

Ι.2. ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ :
……

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ : 2024 - 2025

ΙΙ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ -- ΔΡΑΣΕΙΣ

1. ΕΙΔΟΣ	2. ΠΛΗΘΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	3. ΠΛΗΘΟΣ ΣΧΟΛ.ΜΟΝΑΔΩΝ	4. ΠΛΗΘΟΣ ΤΑΞΕΩΝ (ΤΜΗΜΑΤΑ)	5. ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΑΘΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ	6. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ
Α. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ					
Β. ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ					
ΣΥΝΟΛΟ :					

ΙΙΙ. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ

Α/Α	1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	2. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (ΙΑΤΡΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ)	3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ	4. ΠΛΗΘΟΣ ΔΡΑΣΕΩΝ
ΣΥΝΟΛΟ :				

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

1.3 ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ **(Με ετήσια αναθεώρηση)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Υ.Πε. ……

Β. ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
(ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ)

Ι.1. ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΑΞΟΝΑΣ :
……

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ : 2024 - 2025

ΙΙ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ -- ΔΡΑΣΕΙΣ

1. ΕΙΔΟΣ	2. ΠΛΗΘΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ		3. ΠΛΗΘΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ					4. ΠΛΗΘΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	5.ΠΛΗΘΟΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ	6.ΠΛΗΘΟΣ ΤΑΞΕΩΝ (ΤΜΗΜΑΤΑ)	7. ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΑΘΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ	8. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ
	Κ.Υ.	ΝΟΣΟΚ.	3α.	3β.	3γ.	3δ.	3ε.					
Α. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ												
Β. ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ												
ΣΥΝΟΛΟ												

ΣΗΜ. 3α) ΙΑΤΡΟΙ 3β) ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ 3γ) ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 3δ) ΜΑΙΕΣ 3ε) ΆΛΛΟ

1.4 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΑΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2η Υγειονομική Περιφέρεια
*(……
……
……η μονάδα υγείας)*

……,

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: _____

Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____ **Fax:** _____

Ενημερωτική επιστολή γονέων & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

στο πλαίσιο της ανάπτυξης και υλοποίησης δράσεων και παρεμβάσεων **ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού σε θέματα Αγωγής Υγείας** σε εθνικό επίπεδο, που υλοποιείται κάθε χρόνο από το Υπουργείο Υγείας, η μονάδα υγείας ……θα επισκεφθεί το σχολείο σας στις …../…../20…. με ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Το εγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που θα υλοποιηθεί στους μαθητές/τριες της/των ……τάξης/τάξεων είναι το Πρόγραμμα ……
……

συμμετοχή ή μη του παιδιού σας στο Πρόγραμμα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα κάτωθι:

ΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ……..

ΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ……

ω ότι (κυκλώστε αντίστοιχα):

ΔΕΧΟΜΑΙ **ΔΕΝ ΔΕΧΟΜΑΙ**

δί μου να συμμετέχει στο πρόγραμμα.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

1.5 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΑΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ομική Περιφέρεια
.....
.....*η μονάδα υγείας)*

.....,

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: _____

Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____ **Fax:** _____

Ενημερωτική επιστολή γονέων & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ημερώνουμε ότι η μονάδα υγείας .....
Ε., θα επισκεφθεί το σχολείο σας στις ...../...../20.... με ομάδα επαγγελματιών υγείας, προκειμ
ιήσει Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου, ο οποίος περιλαμβάνει:

Ορθοπαιδική εξέταση ☐

Οδοντιατρική εξέταση ☐

Έλεγχο οπτικής οξύτητας ☐

Προληπτικός Παιδιατρικός Έλεγχος: ☐

α) έλεγχος για καρδιακά φυσήματα δια ακροάσεως με στηθοσκόπιο και β) έλεγχος αναπνε
συστήματος δια ακροάσεως με στηθοσκόπιο

ιστημονική ομάδα που θα εξετάσει τους μαθητές/τριες θα αποτελείται από: Ιατρούς, Νοσ
έπτες Υγείας.

ην ημέρα διεξαγωγής των εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν, καλείστε να έχετε στη σχολικ
αιδιού σας το ατομικό βιβλιάριο εμβολίων και το παρόν έγγραφο συμπληρωμένο.

συμμετοχή ή μη του παιδιού σας στο Πρόγραμμα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα κάτωθι:

ΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ.....

ΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ.....

ω ότι (κυκλώστε αντίστοιχα):

ΔΕΧΟΜΑΙ **ΔΕΝ ΔΕΧΟΜΑΙ**

δί μου να συμμετέχει στον Προληπτικό Έλεγχο.

ΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

1.6 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΑΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

……Υγειονομική Περιφέρεια

……, **/ /20**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας: _____

Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____ **Fax:** _____

Προληπτική Οδοντιατρική
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του ……. Δημοτικού Σχολείου

Το οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας ……, υλοποιεί πρόγραμμα/δράση οδοντιατρικού ελέγχου και ενημέρωσης για τη Στοματική Υγεία, στις σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής ευθύνης του.
Στο πλαίσιο του προγράμματος/δράσης, θα γίνει στις ……/……./20…. στους μαθητές της ……τάξης του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου ☐/ οδοντιατρείου ☐ του Κέντρου Υγείας, με όλους τους κανόνες υγιεινής και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα της εξέτασης. **Την ημέρα της επίσκεψης των οδοντιάτρων, τα παιδιά είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού.**

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, 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 εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο του Κέντρου

Υγείας ……

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……
(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

Με εκτίμηση,

Ο/Η Οδοντίατρος, _____ του **Κέντρου Υγείας** _____
(ονοματεπώνυμο)

1.7 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΑΙΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2η Υγειονομική Περιφέρεια
*(……
……
……η μονάδα υγείας)*

……, **/ /201…**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: _____

Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____ **Fax:** _____

Ενημερωτική επιστολή γονέων & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

στο πλαίσιο **δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα σε μαθητές σχολικών μονάδων** και αναγνωρίζοντας ότι η πρόληψη της νοσηρότητας και θνητότητας από τα λοιμώδη νοσήματα με τους εμβολιασμούς αποτελεί το σπουδαιότερο επίτευγμα του 20ου αιώνα, η μονάδα υγείας …… θα επισκεφθεί το ……*(σχολείο)* στις …../…../20…. με ομάδα επαγγελματιών υγείας προκειμένου να ελέγξει την **εμβολιαστική κάλυψη του μαθητικού πληθυσμού**.

Παρακαλούμε για την προσκόμιση του Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού (Β.Υ.Π.) του παιδιού σας, προκειμένου να ελεγχθεί η εμβολιαστική του κατάσταση (σύμφωνα με την παρ. 12 του άρθρου 16 του ΠΔ 79/2017 (ΦΕΚ 109 τ. Α') «Οργάνωση και λειτουργία των Νηπιαγωγείων και των Δημοτικών Σχολείων»)

……

(εδώ πρέπει να μπει αν θα δοθεί απάντηση εγγράφως για την εμβολιαστική κατάσταση και πως θα τους κοινοποιηθεί)

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε στον/στην εκπαιδευτικό έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση υπογεγραμμένη και στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή σας να προσκομίσετε την ημέρα που υποδείχθηκε το Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού σας .

✂

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η ……γονέας/κηδεμόνας, του/της μαθητή/-τριας …… δηλώνω ότι:

Επιθυμώ ☐ **Δεν επιθυμώ** ☐ να συμμετέχει το παιδί μου στο πρόγραμμα **ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης** που θα διεξαχθεί στις …../…../20…. στο χώρο του σχολείου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……
(υπογραφή)

1.8 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΥΣΜΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
…. Κ.Υ./ΤΟΜΥ ……..

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Σας ενημερώνουμε ότι από την κλινική εξέταση του/ της μαθητή/τριας…… της ……τάξεως διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Έλεγχος Ατομικών Βιβλιαρίων Υγείας:……

……

- Μυοσκελετικός Έλεγχος:……

……

- Έλεγχος Οπτικής Οξύτητας:……

……

- Παιδιατρικός Έλεγχος……

……

- Άλλες παρατηρήσεις:……

……

……

……

……

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ **Ο ΙΑΤΡΟΣ**

Σε περίπτωση που απαιτείται παραπομπή για περαιτέρω ιατρικό έλεγχο, μπορείτε να απευθύνεστε στο Κέντρο Υγείας:……

……

Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας:……

Τηλέφωνα Επικοινωνίας……

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

1.9 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

……Υγειονομική Περιφέρεια

……, / /20

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κέντρο Υγείας: _____

Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____

Πληροφορίες: _____

E-mail: _____ **Fax:** _____

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς,

Στο πλαίσιο των προληπτικών δραστηριοτήτων του Οδοντιατρείου του Κέντρου Υγείας ……, το παιδί σας …… εξετάστηκε από οδοντίατρο και διαπιστώθηκε ότι χρειάζεται:

- ☐ Οδοντιατρική θεραπεία (λόγω τερηδόνας / τραυματισμού)
- ☐ Καθαρισμό των δοντιών στο οδοντιατρείο
- ☐ Καλύτερο βούρτσισμα δοντιών
- ☐ Τοποθέτηση προληπτικών καλύψεων οπών και σχισμών
- ☐ Φθορίωση δοντιών
- ☐ Εξέταση από ειδικό ορθοδοντικό

Σας θυμίζουμε ότι οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην διατήρηση της στοματικής υγείας του παιδιού:

✓ Προτρέποντας το παιδί να βουρτσίζει τα δόντια του με φθοριούχο οδοντόπαστα δύο φορές την ημέρα - η μια φορά θα πρέπει να είναι οπωσδήποτε το βράδυ, πριν πάει για ύπνο. Οι γονείς, εκτός από την επίβλεψη του βουρτσίσματος των παιδιών, καλό είναι να βουρτσίζουν τα δόντια τους ταυτόχρονα με τα παιδιά και να αποτελούν έτσι θετικό πρότυπο για τη φροντίδα των δοντιών.

✓ Να θυμάστε ότι τα γλυκίσματα και τα ροφήματα που έχουν ζάχαρη (αναψυκτικά, χυμοί με ζάχαρη κ.α.) είναι βλαπτικά για τα δόντια αλλά και για την γενική υγεία του παιδιού και καλό είναι να καταναλώνονται μετά το φαγητό και όχι ανάμεσα στα γεύματα.

✓ Τέλος, σας υπενθυμίζουμε ότι όλα τα παιδιά χρειάζεται να επισκέπτονται τον οδοντίατρο δύο φορές τον χρόνο για προληπτική εξέταση και τοπική εφαρμογή φθορίου (φθορίωση), που βοηθάει στην προστασία των δοντιών από την τερηδόνα.

Σας ενημερώνουμε ότι στο οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας ……, πραγματοποιούνται, δίχως οικονομική επιβάρυνση και με προτεραιότητα, οδοντιατρικές εργασίες 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 Οδοντίατρος, _____ του **Κέντρου Υγείας** _____

(ονοματεπώνυμο)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

...η Υγειονομική Περιφέρεια
Κέντρο Υγείας:

....., / /20

Ταχ. Δ/νση: Τηλ: Fax:

Πληροφορίες: E-mail:

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Ημ/νία Εξέτασης:		Κωδικός:
Επώνυμο:	Όνομα:		Φύλο: Αγόρι / Κορίτσι
ΑΜΚΑ: Ημ/νία Γέννησης	Ίδρυμα/Σχολική Μονάδα:		Τάξη:

Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ (ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ) (Σημειώστε στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο τις επεξηγήσεις)																	**ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ**	
1. Κατάσταση δοντιών																	Γερό	0
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Τερηδονισμένο	1
																	Σφραγισμένο και επανατερηδονισμένο	2
X	X	X												X	X	X	Σφραγισμένο	3
X	X	X	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	X	X	X	Έχει γίνει εξαγωγή λόγω τερηδόνας	4
X	X	X	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	X	X	X	Έχει γίνει εξαγωγή λόγω άλλης αιτίας	5
X	X	X												X	X	X	Υπάρχει έμφραξη οπών και σχισμών	6
																	Υπάρχει στεφάνη	7
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	Μόνιμο δόντι που δεν έχει ανατείλει	8

2. Κατάσταση περιοδοντίου (CPITN)		**3.Οδοντογναθικές ανωμαλίες**	**4. Στοματικός βλεννογόνος**	
0 = απόλυτη υγεία 1 = αιμορραγία μετά από ανίχνευση		☐ 0 = Δεν υπάρχει βλάβη 1 =Υπάρχει βλάβη	☐ 0 = Καμία 1 =Ελαφριά 2 = Μέτρια ή Σοβαρή	Περιγράψτε:

Παρατηρήσεις:

1.10 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΑΘΗΤΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ……

ΤΟΜΥ……

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

Αγαπητοί γονείς

Σας ενημερώνουμε ότι ύστερα από έλεγχο που πραγματοποιήσαμε στο Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (ΑΒΥΠ)
του παιδιού σας ……
στα πλαίσια της δράσης ελέγχου της εμβολιαστικής εκτίμησης των μαθητών διαπιστώθηκε ότι χρειάζεται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών τα εξής εμβόλια:

1. ……
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……..

Σας πληροφορούμε ότι στην υπηρεσία μας…… πραγματοποιούνται εμβολιασμοί σε παιδιά **χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση** είτε είναι ασφαλισμένα ή ανασφάλιστα αρκεί να διαθέτουν **ΑΜΚΑ**.
Για πληροφορίες και ορισμό ραντεβού μπορείτε να τηλεφωνείτε στο
……..

Με εκτίμηση
Ο/Η Επαγγελματίας Υγείας
Του Κέντρου Υγείας ……..
Της ΤΟΜΥ ……..

……..
(ονοματεπώνυμο)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

1.11 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Δελτίο 5

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

.....η Υ.Πε

Υπεύθυνος/η συμπλήρωσης στοιχείων:

Αθήνα, / /20

Ιδιότητα:

Τηλ:

E-mail:

Fax:

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ .....Υ.Πε., ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ - ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

					Σύνολο ΠΑΙΔΙΩΝ τάξης	Στο σχολικό ίδρυμα			ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ παιδιών σε Οδοντιατρική Μονάδα για:													ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΠΟ-ΜΠΗΣ	Αριθμός Γονέων Δασκάλων που ενημερώθηκαν
						ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ			ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ					ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ										
Ημ/νία	Φορέας	Περιοχή	Ίδρυμα (προσχολικό – σχολικό)	Τάξη		Αναγράψτε αριθμό παιδιών ανά κωδ. Πράξης																		
						ΚΩΔ			ΚΩΔ					ΚΩΔ										
						1	2	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8			

ΚΩΔΙΚΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΩΝ

	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ		ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ
Κωδ.	Περιγραφή	**Κωδ.**	Περιγραφή
1	**Εξέταση και χορήγηση οδοντιατρικής βεβαίωσης**	1	Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού για πολφίτιδα, Οδοντικό
2	**Τοπική εφαρμογή φθορίου**	2	Απλή έμφραξη οδόντος
3	Προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών μονιμων γομφίων	3	Σύνθετη έμφραξη οδόντος
4	Αποτρύγωση - Αφαίρεση Οδοντικής πλάκας - Οδηγίες	4	Εξαγωγή νεογιλού οδόντος
5	Ενδοστοματική ακτινογραφία	5	Μηχάνημα διατήρησης χώρου σε πρόωρη απώλεια νεογιλού
6	**Ενημέρωση - Οδηγίες Στοματικής Υγιεινής**	6	Πολφτομή νεογιλού
		7	Στεφάνη νεογιλού
		8	Εξαγωγή μόνιμου οδόντος

Παρατηρήσεις:

1. Παρακαλούμε, σβήστε τα παραδείγματα του υποδείγματος και συμπληρώστε τα στοιχεία αρμοδιότητας της Υ.Πε, χωρίς να αλλάξετε τη διάταξη των στηλών

2. Με κίτρινο οι τρεις προληπτικές πράξεις που μπορούν, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, να διενεργηθούν ή διενεργούνται, τόσο σε σχολικό χώρο όσο και στο οδοντιατρείο. Οι τρεις κωδικοί είναι ίδιοι τόσο στις στήλες «Στο σχολικό ίδρυμα - Προληπτικές πράξεις» όσο και στις στήλες «ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ παιδιών σε οδοντιατρική μονάδα για: Προληπτικές πράξεις». Συμπληρώστε τις στήλες, ανάλογα με το χώρο στον οποίο διενεργούνται οι σχετικές πράξεις.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

1.12 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΩΝΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ Π.Φ.Υ													
** Συγκετρωτικά δεδομένα ανα φορέα ΠΦΥ που προκύπτουν από τη συμπλήρωση των εντύπων 3 και 4*													
ΟΝΟΜΑ ΦΟΡΕΑ:													
Τόπος:			Περιφερειακή Ενότητα:				Υγειονομική Περιφέρεια:						
Χρονικό διάστημα παρέμβασης : από...../...../...../..... έως..../...../.....													
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ:							
ΑΥΞΟΝΤΑΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΤΑΞΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΑΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΤΗΚΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΥΜ	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΚΕΔΑΣΥ	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ/ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΙΝΗΣ/ΑΛΛΟ	ΑΛΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ/ΥΠΟΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΡΟΧΗ ΛΟΙΠΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΣΥΝΟΛΟ													

1.13 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΑΥΞΩΝ	ΣΧΟΛ. ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣ	ΒΑΘΜ ΕΚΠ	ΣΧΟΛΕΙΟ	ΤΑΞΗ	ΟΝ/ΜΟ (ΑΡΧΙΚΑ)	ΦΥΛΟ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΥΨΟΣ	ΙΑΤΡ ΕΞ- ΒΑΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

1.14 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΑΥΞΩΝ	ΣΧΟΛ. ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣ	ΒΑΘΜ ΕΚΠ	ΣΧΟΛΕΙΟ	ΤΑΞΗ	ΟΝ/ΜΟ (ΑΡΧΙΚΑ)	ΦΥΛΟ	ΕΜΒ/ΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1.15 ΠΛΕΙΑΔΕΣ ΕΝΤΥΠΟ Α: ΦΥΛΛΟ ΗΜΕΡΙΣΙΑΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ Α:

«Φύλλο Ημερήσιας Επίσκεψης»
{Συμπληρώνεται με την ολοκλήρωση κάθε επίσκεψης που πραγματοποιείται στη Μονάδα Υγείας - ξεχωριστά για κάθε ομάδα - τόσο από το μέλος της ομάδας συντονισμού της εκπαιδευτικής κοινότητας που συνοδεύει τους επισκέπτες με αναπηρία, όσο και από το μέλος της ομάδας συντονισμού της Μονάδας Υγείας που υποδέχεται τους επισκέπτες τη συγκεκριμένη ημέρα. Το εν λόγω έντυπο αποτελεί τη βάση συμπλήρωσης δεδομένων του Εντύπου Β}.

1. Υγειονομική Περιφέρεια: .....
2. Μονάδα Υγείας/ Τ.ΟΜ.Υ: .....
3. Ενδιαφερόμενος φορέας/ Δομή για επίσκεψη:
α) Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής Εκπαίδευσης: .....
β) Άλλη Δομή Ειδικής και Εκπαίδευσης: .....
γ) Φορέας/ Δομή Κοινωνικής Φροντίδας: .....
4. Δήμος: .....
5. Περιφερειακή Ενότητα: .....
6. Όνομα και Ειδικότητα Επαγγελματία Υγείας (που υποδέχονται την ομάδα κατά την Επίσκεψη): .....
.....
7. Ημερομηνία: ..... Ώρα Επίσκεψης: .....
8. Αριθμός μελών ομάδας Εφήβων – Νέων Α.Μ.Ε.Α: .....
9. Αριθμός Στελεχών Ειδικής Εκπαίδευσης που συνοδεύουν την ομάδα: .....
10. Ενέργειες προετοιμασίας: .....
α) Αριθμός Συναντήσεων: .....
β) Αριθμός ομιλιών: .....
11. Αξιοποίηση Ειδικού Υλικού: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
12. Επίσκεψη Χώρων:
α) Περιβάλλοντες χώροι της μονάδας υγείας που σχετίζονται με την πρόσβαση σε αυτήν: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
β) Κεντρική Είσοδος – Θυρωρείο – Γκισέ πληροφοριών: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
γ) Διοικητικοί Χώροι Εξυπηρέτησης κοινού - Αίθουσα Αναμονής: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
δ) Ανελκυστήρες – Σκάλες – εντοπισμός εμποδίων στους διαδρόμους: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
ε) Παιδιατρικό Ιατρείο: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
στ) Γυναικολογικό Ιατρείο: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
ζ) Παθολογικό Ιατρείο: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
η) Οδοντιατρείο : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
θ) Ακτινολογικό ή Μικροβιολογικό εργαστήριο: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
ι) Αίθουσα εμβολιασμών : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
ια) Αίθουσα συναντήσεων: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

ΟΝΟΜΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΑΚΤΗ

1.16 ΠΛΕΙΑΔΕΣ ΕΝΤΥΠΟ Β: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΥΜ

ΕΝΤΥΠΟ Β:
«Συνολική Καταγραφή Δεδομένων των Επισκέψεων για κάθε Μονάδα Υγείας» (Συμπληρώνεται συγκεντρωτικά από την Μονάδα Υγείας ή για όλες τις Τ.ΟΜ.Υ που μετέχουν στη δράση, καταγράφοντας τα δεδομένα των εντύπων Α. αποστέλλονται στην Υ.Πε. ξεχωριστά ένα για την Μ.Υ. και ένα για τις Τ.ΟΜ.Υ).
5. Υγειονομική Περιφέρεια: .....
6. ***α)*** Μονάδα Υγείας: .....
β) Αριθμός Τ.ΟΜ.Υ: .....
7. Αριθμός Ενδιαφερομένων φορέων/ Δομών για επίσκεψη:
α) Αριθμός Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης: .....
β) Αριθμός Δομών Ειδικής Εκπαίδευσης: .....
γ) Αριθμός Φορέων/ Δομών Κοινωνικής Φροντίδας: .....
8. Αριθμός Μελών Ομάδας Συντονισμού .....
9. Ειδικότητες Ιατρών – Επαγγελματιών Υγείας (μέλη της ομάδας):
α) Παιδίατρος: .....
β) Επισκέπτης/-τρίας Υγείας: .....
γ) Μαία/-της: .....
δ) Νοσηλευτής/ - τρία: .....
ε) Κοιν. Λειτουργός: .....
στ) Άλλο: .....
11. Αριθμός επισκέψεων: .....
12. Σύνολο Ομάδων Εφήβων – Νέων Α.Μ.Ε.Α: .....
13. Συνολικός Αριθμός Εφήβων – Νέων Α.Μ.Ε.Α: .....
14. Συνολικός Αριθμός Στελεχών Ειδικής Εκπαίδευσης που συνοδεύουν την ομάδα: .....
15. Ενέργειες προετοιμασίας:
α) Συνολικός Αριθμός Συναντήσεων: .....
β) Συνολικός Αριθμός ομιλιών : .....
11. Πλήθος Περιπτώσεων Αξιοποίησης Ειδικού Υλικού: .....
12. Επίσκεψη Χώρων:
α) Περιβάλλοντες χώροι της μονάδας υγείας που σχετίζονται με την πρόσβαση σε αυτήν (πλήθος): .....
β) Κεντρική Είσοδος – Θυρωρείο – Γκισέ πληροφοριών (πλήθος): .....
γ) Διοικητικοί Χώροι Εξυπηρέτησης κοινού - Αίθουσα Αναμονής(πλήθος): .....
δ) Ανελκυστήρες – Σκάλες – εντοπισμός εμποδίων στους διαδρόμους (πλήθος): .....
ε) Παιδιατρικό Ιατρείο (πλήθος): .....
στ) Γυναικολογικό Ιατρείο (πλήθος): .....
ζ) Παθολογικό Ιατρείο (πλήθος): .....
η) Οδοντιατρείο (πλήθος): .....
θ) Ακτινολογικό ή Μικροβιολογικό εργαστήριο (πλήθος): .....
ι) Αίθουσα εμβολιασμών (πλήθος): .....
ια) Αίθουσα συναντήσεων (πλήθος): .....
** Σημείωση: Στα πεδία 11) & 12) σημειώνεται ο συνολικός αριθμός που προκύπτει από το άθροισμα των αντίστοιχων πεδίων του εντύπου Α στα οποία έχει σημειωθεί η ένδειξη «Ναι».

1.17 ΠΛΕΙΑΔΕΣ ΕΝΤΥΠΟ Γ: ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΕΝΤΥΠΟ Γ:
«Συγκεντρωτική Καταγραφή Δεδομένων της δράσης "ΠΛΕΙΑΔΕΣ" ανά Υγειονομική Περιφέρεια» (Συμπληρώνεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Υ.Πε. βάσει των στοιχείων που καταγράφονται στο έντυπο Β που αποστέλλουν κατά περίπτωση οι Μονάδες Υγείας ή για τις Τ.ΟΜ.Υ. και διαβιβάζεται στο Υπ. Υγείας ένα για όλες τις Μ.Υ. και ένα για όλες τις Τ.ΟΜ.Υ.)
10. Υγειονομική Περιφέρεια: ……..……
11. ***α)*** Πλήθος Μονάδων Υγείας: ……
β) Συνολικός Αριθμός Τ.ΟΜ.Υ: ……..
12. Συνολικός Αριθμός Ενδιαφερομένων φορέων/ Δομών για επίσκεψη:
α) Συνολικός Αριθμός Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης: ……..
β) Συνολικός Αριθμός Δομών Ειδικής Εκπαίδευσης: ……..……..
γ) Συνολικός Αριθμός Φορέων/ Δομών Κοινωνικής Φροντίδας: …….
13. Συνολικός Αριθμός Μελών Ομάδας Συντονισμού: …….……
14. Ειδικότητες Ιατρών – Επαγγελματιών Υγείας:
α) Παιδίατρος: ……
β) Επισκέπτης/-τρίας Υγείας: …….
γ) Μαία/-της: ……..
δ) Νοσηλευτής/ - τρία: ……
ε) Κοιν. Λειτουργός: …….
στ) Άλλο: ……..
16. Συνολικός αριθμός επισκέψεων: ……
17. Συνολικός αριθμός ομάδων Εφήβων – Νέων Α.Μ.Ε.Α: ……..……
18. Συνολικός Αριθμός Εφήβων – Νέων Α.Μ.Ε.Α: ……
19. Συνολικός Αριθμός Στελεχών Ειδικής Εκπαίδευσης που συνοδεύουν την ομάδα: ……
20. Ενέργειες προετοιμασίας:
α) Συνολικός Αριθμός Συναντήσεων: ……
β) Συνολικός Αριθμός ομιλιών: ……..……
11. Πλήθος Περιπτώσεων Αξιοποίησης Ειδικού Υλικού: ……
12. Επίσκεψη Χώρων:
α) Περιβάλλοντες χώροι της μονάδας υγείας που σχετίζονται με την πρόσβαση σε αυτήν (πλήθος): ……
β) Κεντρική Είσοδος – Θυρωρείο – Γκισέ πληροφοριών (πλήθος): ……
γ) Διοικητικοί Χώροι Εξυπηρέτησης κοινού - Αίθουσα Αναμονής(πλήθος): ……
δ) Ανελκυστήρες – Σκάλες – εντοπισμός εμποδίων στους διαδρόμους (πλήθος): ……
ε) Παιδιατρικό Ιατρείο (πλήθος): ……
στ) Γυναικολογικό Ιατρείο (πλήθος): ……
ζ) Παθολογικό Ιατρείο (πλήθος): ……
η) Οδοντιατρείο (πλήθος): ……
θ) Ακτινολογικό ή Μικροβιολογικό εργαστήριο (πλήθος): ……
ι) Αίθουσα εμβολιασμών (πλήθος):……
ια) Αίθουσα συναντήσεων (πλήθος):……
** Σημείωση: Στα πεδία 11) & 12) σημειώνεται ο συνολικός αριθμός που προκύπτει από το άθροισμα των αντίστοιχων πεδίων του εντύπου Β στα οποία έχει σημειωθεί η ένδειξη «Ναι».

2. ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

2.1 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ :

ΤΙΤΛΟΣ ΔΡΑΣΗΣ :

ΕΝΤΟΣ Ή ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΡΑΣΗΣ :

στο φύλλο απολογιστικών συμπληρώστε με 1, όπου αντιστοιχεί η απάντηση

α/α	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ							ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ *(σχετικό με την δράση)*		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ *(σχετικό με την δράση)*		ΠΡΩΤΟ ΕΥΡΗΜΑ *(σχετικό με την δράση)*		ΓΝΩΣΤΗ ΝΟΣΟΣ *(σχετικά με την δράση)*		ΣΧΟΛΙΑ ΕΠΙ ΓΝΩΣΤΗΣ ΝΟΣΟΥ *(π.χ μη λήψης αγωγής κτλ*	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ *(σχετικά με τον εξεταζόμενο ή το περιβάλλον του ή όποια πληροφορία κρίνεται που επηρρεάζει τη συμμόρφωση ή την κατανόηση περί των οδηγιών ή της νόσου)*
	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	<18	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	ΘΕΤΙΚΟ	ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΘΕΤΙΚΟ	ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΝΑΙ	ΌΧΙ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			

2.2 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΟΜΙΛΙΕΣ Κ.Υ. , Τ.ΟΜ.Υ ΚΑΙ Π.Π.Ι. - ΕΤΟΣ 20..
2Η ΔΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ

Α/Α	Μήνας	Δομή Υγείας	Ομιλία	Εκτός Μονάδας	Εντός Μονάδας	Αριθμός ωφελουμένων	Πληθυσμός	Σχόλια
1								
2								
3								
4								
5								

2.3 ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ***(πέρα των όσων ορίζονται στην εγκύκλιο, τα κάτωθι θεωρούνται προ-απαιτούμενα για την εξέταση του όποιου αιτήματος)***	**ΑΠΕΣΤΑΛΗ**	**ΣΧΟΛΙΑ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**
Αίτημα προς το αρμόδιο τμήμα της 2ης ΔΥΠΕ (τουλάχιστον ένα μήνα πριν τη δράση) στο οποίο θα αναφέρονται, τουλάχιστον, τα κάτωθι: • Ταυτότητα Φορέα • Πληθυσμός στόχος και αναγκαιότητα παρέμβασης • Τόπος και χρόνος διενέργειας παρέμβασης • Χώρος διενέργειας παρεμβάσεων και, τυχόν, συνεργασίες με λοιπούς φορείς. • Ποιες προληπτικές ιατρικές εξετάσεις θα διενεργηθούν και τα σχετικά Πρωτόκολλα και Κατευθυντήριες Οδηγίες που προτείνεται να ακολουθηθούν		
Κλιμάκιο ιατρών/οδοντιάτρων και επαγγελματιών υγείας (ονοματεπώνυμο και λοιπά στοιχεία) με σαφή αναφορά των παρεμβάσεων/ιατρικών πράξεων για κάθε ειδικότητα.		
Άδειες από ιατρικούς συλλόγους των τόπων διενέργειας δράσης		
Πίνακας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (είδος, πιστοποιητικό καλής λειτουργίας)		
Διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων(ΚΥΑ 146163/2012). Σύμβαση με αδειοδοτημένη εταιρεία.		
Διακίνηση διαγνωστικών δειγμάτων(ΑΔΑ: ΒΕΙΚΘ-7ΩΨ) Σύμβαση με αδειοδοτημένη εταιρεία.		
Κατάλογος των διαγνωστικών εξετάσεων που θα διενεργηθούν καθώς και το εργαστήριο που θα τις εκτελέσει.		
Έγγραφη δήλωση για τη μη τήρηση Αρχείου προσωπικών δεδομένων και ευαίσθητων ιατρικών δεδομένων. **Σε διαφορετική περίπτωση:** κατάθεση σχετικής άδειας από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, βάση της ισχύουσας νομοθεσίας		
Υπεύθυνη δήλωση για μη αξιοποίηση δεδομένων για ερευνητικούς λόγους		
Σαφής διαδικασία γνωστοποίησης αποτελεσμάτων στους πολίτες από τις διαγνωστικές εξετάσεις. Έγγραφο συναίνεσης και τήρησης των προσωπικών δεδομένων, όπου απαιτείται.		
Υπεύθυνη δήλωση για μη χρήση του αναλώσιμου υλικού και του εξοπλισμού της τοπικής υγειονομικής δομής		

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ

2.4 ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΑ – ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΝΤΥΠΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

Περιοχή Δράσης.....

Ημερομηνίας Δράσης .....

Ονομασία Εθελοντικής ομάδας .....

Ο πίνακας συμπληρώνεται μόνο με αριθμούς	Ηλικία Εξεταζόμενων						Σύνολο	Εύρηματα		Παιδίατρος	
Ιατρεία	0-18	19-30	31-45	46-60	61-75	75+	Αριθμός επισκέψεων	Γνωστή προϋπάρχουσα νόσο *(π.χ υποτροπή ή μη καλά ρυθμιζόμενη)*	Νέο εύρημα/διάγνωση	Ατομικό δελτίο υγείας μαθητή	Ιατρική βεβαίωση άθλησης
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ											
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ											
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ											
ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ											
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ											
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ											
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ											
ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ/ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ											
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ											
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ											
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ											
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ/ ΕΝΔΟΚ.											
ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ											
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ											
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ											
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ											
ΩΡΛ											
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ											
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ											
ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ											
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ											
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ											
Προσθήκη άλλης ειδικότητας											
Προσθήκη άλλης ειδικότητας											
Προσθήκη άλλης ειδικότητας											
Προσθήκη άλλης ειδικότητας											
Προσθήκη άλλης ειδικότητας											
ΣΥΝΟΛΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ											

Σύνολο εξεταζομένων *(αφορά το σύνολο των ατόμων που εξετάσθηκαν ως "οντότητες" / ΑΜΚΑ)*	

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ *(αριθμός ασθενών)*
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ	
ΤΕΣΤ - PAP	
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΛΟΙΠΕΣ (περιγράψτε)	

ΙΑΤΡΙΚΕΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΙΔΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ (συμπληρώνεται ο αριθμός 1 σε ό,τι ισχύει)		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ (συμπληρώνεται ο αριθμός 1 σε ό,τι ισχύει)						ΕΥΡΗΜΑ (περιγράψτε)	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ (συμπληρώνεται ο αριθμός 1 σε ό,τι ισχύει)				ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	ΑΡΡΕΝ	ΘΥΛΗ	0-18	19-30	31-45	46-60	61-75	75+		ΕΚΤΑΚΤΟ/ΕΠΕΙΓΟΝ	ΓΝΩΣΤΗ ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ	ΝΕΟ ΕΥΡΗΜΑ/ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΥΡΗΜΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ		

3. ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΡΑΣΕΩΝ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

3.1 ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΡΑΣΗΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α) ΤΙΤΛΟΣ ΔΡΑΣΗΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		
Β) ΟΝΟΜΑ ΦΟΡΕΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ		
Γ) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ/ΝΩΝ ΔΡΑΣΗΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		
Ονοματεπώνυμο		
Ειδικότητα		
Δ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ/ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		
Ονοματεπώνυμο	**Ειδικότητα**	**Φορέας προέλευσης**

Ε) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΗΣ	
Χρόνος διεξαγωγής	**Ημερομηνία έναρξης δράσης/παρέμβασης: …./…./202..** **Ημερομηνία λήξης δράσης/παρέμβασης: …./…./202..** **Χρονική διάρκεια δράσης/παρέμβασης (σε ημέρες):**
Τόπος διεξαγωγής	
Πληθυσμός στόχος	

ΣΤ) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΡΑΣΗΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	
Είδος δράσης/παρέμβασης	**Ανοικτού χώρου Κλειστού χώρου** **Άλλο:** (αναφέρατε το είδος της δράσης)……..
Απήχηση στον πληθυσμό	
Τήρηση προδιαγραφών Κανονισμού Υλοποίησης Προγραμμάτων, Δράσεων & Παρεμβάσεων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας 2ης ΥΠΕ	**ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Επιστημονική Τεκμηρίωση Πληροφοριών	**ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Αξιοποίηση σύγχρονου εξοπλισμού	**ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων μέσω ερωτηματολογίου *Συμπληρώνεται μόνο σε δράσεις στις οποίες είναι εφικτό να γίνει διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες, π.χ. δράσεις σε σχολική αίθουσα, σε χώρο εργασίας κ.α.*	**ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Αν πραγματοποιήθηκε διερεύνηση ικανοποίησης των συμμετεχόντων, αναφέρατε εν συντομία τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής	

ΣΤ) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΡΑΣΗΣ/ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (συνέχεια)	
Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της δράσης μέσω ειδικού ερωτηματολογίου που συντάχθηκε για αυτό το σκοπό *Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την κατανόηση πληροφοριών από τους συμμετέχοντες, τη δυνατότητα εφαρμογής οδηγιών κ.α.*	**ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Αν πραγματοποιήθηκε διερεύνηση αποτελεσματικότητας της δράσης, αναφέρατε εν συντομία τα αποτελέσματα/ συμπεράσματα αυτής	
Ζ) ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της δράσης **Ημερομηνία συμπλήρωσης εντύπου**

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή) …….