

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (PCR) ΓΙΑ SARS-COV-2 ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

Με το παρόν ερωτηματολόγιο εκτιμάται η αναγκαιότητα διενέργειας μοριακού ελέγχου (PCR) για τον νέο κορωνοϊό SARS-COV-2 εργαζομένων που αναλαμβάνουν υπηρεσία μετά από απουσία. Η έννοια της άδειας επεκτείνεται σε κάθε μορφή άδειας που χορηγείται στον υπάλληλο και λόγω αυτής απουσιάζει από τη νοσηλευτική μονάδα ή τη δομή ΠΦΥ για χρονικό διάστημα πέραν των τριών εργασιμών (3) ημερών. Συμπληρώνεται από τον επαγγελματία υγείας και παραδίδεται στον άμεσα προϊστάμενό του/της, όπου και φυλάσσεται. **Η διενέργεια του ελέγχου είναι υποχρεωτική, σε περίπτωση έστω και μίας θετικής απάντησης (ΝΑΙ) στο τμήμα Δ του ερωτηματολογίου.** Στην περίπτωση αυτή, ο επαγγελματίας υγείας απευθύνεται στο εκάστοτε τμήμα δειγματοληψίας και παραδίδει εκεί το ερωτηματολόγιο, το οποίο μετά το πέρας της εξέτασης παραδίδεται από τον επαγγελματία υγείας προς φύλαξη στον άμεσα προϊστάμενό του.

**A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Επώνυμο: ..... Όνομα:.....

Τηλέφωνο (εργασίας):..... Άλλο τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

Κατοικία: Νομός (Περιφερειακή Ενότητα): ..... Πόλη /Χωριό: .....

**B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

Επάγγελμα/ειδικότητα : .....

Φορέας Απασχόλησης : ..... Τμήμα : .....

Σχέση εργασίας:  ΜΟΝΙΜΟΣ  ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ  ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ  ΑΛΛΟ

**Γ. ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ**

Έναρξη άδειας: ...../...../..... Λήξη άδειας: ...../...../..... Επιστροφή στην εργασία: ...../...../.....

**Δ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΙΟ SARS-CoV-2 ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ**

Ταξιδέψατε εκτός Κρήτης ή σε άλλη περιοχή εκτός της πόλης κατοικίας σας, όπου υπήρξαν κρούσματα του ιού;

ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, σε ποια περιοχή; .....

Αναχώρηση: ...../...../..... Επιστροφή: ...../...../.....

Ταξιδέψατε στο εξωτερικό ;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, σε ποια χώρα; .....

Αναχώρηση: ...../...../..... Επιστροφή: ...../...../.....

Στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID 19 :  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ

Ήρθατε σε επαφή με άτομο με λοίμωξη του αναπνευστικού;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, πότε; ...../...../.....

Εκτεθήκατε σε περιβάλλοντα με συνωστισμό χωρίς τη λήψη μέτρων ατομικής προστασίας και υγιεινής;

ΟΧΙ  ΝΑΙ

Κατά τη διάρκεια της απουσίας σας, παρουσιάσατε βήχα, πυρετό, πονόλαιμο, δύσπνοια, μυαλγία, απώλεια όσφρησης ή γεύσης;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ...../...../.....

Τα συμπτώματα επιμένουν ακόμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΟΧΙ, πότε σταμάτησαν; ...../...../.....

**E. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ (προαιρετική συμπλήρωση)**

Έχετε κάνει ξανά έλεγχο για RT-PCR για SARS-Cov-2;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, πότε; ...../...../.....

Έχετε κάνει έλεγχο αντισωμάτων έναντι SARS-Cov-2;  ΟΧΙ  ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, πότε; ...../...../.....

Μονάδα Υγείας που πραγματοποιήθηκε η λήψη:	
Υπεύθυνος για τη δειγματοληψία (ον/μο):	
Υπογραφή επαγγελματία υγείας (που αφορά το ερωτηματολόγιο)	