



# ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

12 Ιουνίου 2018

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 2179

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

- 1 Κατάρτιση λεπτομερούς καταλόγου ιατρικών πράξεων οι οποίες επιτρέπεται να εκτελούνται σε Αυτοτελείς Ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ειδικότητας α.) ωτορινολαρυγγολογίας και β.) δερματολογίας/αφροδισιολογίας.
- 2 Τροποποίηση των άρθρων 3 και 4 της Υ.1α/Γ.Π. οικ. 76785 (ΦΕΚ 3758/τ.Β'/25-10-2017) υπουργικής απόφασης με θέμα: «Ιατρικός έλεγχος προσωπικού, διατροφή και κανόνες υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων στους δημόσιους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς».

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Γ1β/ΓΠ/οικ.43245 (1)

**Κατάρτιση λεπτομερούς καταλόγου ιατρικών πράξεων οι οποίες επιτρέπεται να εκτελούνται σε Αυτοτελείς Ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ειδικότητας α.) ωτορινολαρυγγολογίας και β.) δερματολογίας/αφροδισιολογίας.**

#### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της περίπτ. 4, υποπαρ. Ι.1 της παρ. Ι του άρθρου 1 του ν. 4254/2014(ΦΕΚ 85/Α'), όπως έχει αντικατασταθεί και ισχύει με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 30 του ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α').

2. Τις διατάξεις του ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/Α') «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις».

3. Τις διατάξεις του π.δ. 63/2005 (ΦΕΚ 98/Α') «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

4. Τις διατάξεις του π.δ. 73/2015 (ΦΕΚ 116/Α') «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

5. Τις διατάξεις του π.δ 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 148/τ.Α'), όπως ισχύει.

6. Τις διατάξεις του ν. 1278/1982 « Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας» (ΦΕΚ 105/τ.Α'), όπως ισχύει.

7. Την αριθμ. 1 απόφαση της 269ης/26-4-2018 Ολομέλειας του Κ.Ε.Σ.Υ.

8. Το γεγονός ότι από την παρούσα απόφαση δεν προκαλείται δαπάνη εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Ως Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ορίζεται η υγειονομική μονάδα στην οποία εκτελούνται ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με τις παραγράφους 3,4,5 και 6 του άρθρου 30 του ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ.Α') και παρέχεται νοσηλεία χωρίς διανυκτέρευση. Στις αυτοτελείς Μ.Η.Ν. επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων μόνο με τοπική αναισθησία, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Θεσμοθετείται η λειτουργία αυτοτελών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) για τις ειδικότητες:

- α.) Ωτορινολαρυγγολογίας και
- β.) Δερματολογίας/Αφροδισιολογίας.

Α.) Οι ιατρικές, θεραπευτικές και χειρουργικές πράξεις ειδικότητας ωτορινολαρυγγολογίας που δύναται να διενεργούνται σε αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) με τοπική αναισθησία, σε ασθενείς άνω των 16 ετών και δεν χρήζουν νοσηλείας είναι οι εξής:

#### Ωτολογία

1. Μυριγγοτομή/Τοποθέτηση σωλινίσκων αερισμού.
2. Επεμβάσεις επί του τυμπανικού υμένου ή του μέσου ωτός (τυμπανοπλαστική - μυριγγοπλαστική, ερευνητική τυμπανοτομή, κ.τ.λ.).

3. Ενδοτυμπανικές εγχύσεις.

4. Αφαιρέσεις βλαβών ή ογκιδίων δέρματος έξω ακουστικού πόρου, πτερυγίου ωτός και αποκατάσταση με ή χωρίς τη χρήση κρημνών.

5. Κένωση ωταιματώματος.

#### Ρινολογία

1. Αφαίρεση ή βιοψίες ογκιδίων ρινός και ρινοφάρυγγος.

2. Αφαίρεση πολυπόδων ρινός-παραρρινίων.

3. Καυτηρίαση κάτω ρινικών κογχών με ραδιοσυχνότητες, διαθερμία, κρυοπηξία, υπερήχους laser κ.τ.λ.

4. Αντιμέτωπιση ρινορραγίας με καυτηρίαση αιμορραγούντων αγγείων, πρόσθιο ή οπίσθιο πωματισμό.

5. Επεμβάσεις επί του ρινικού διαφράγματος.

6. Διαστολή στομίων παραρρινίων κόλπων με μπαλόνι.

7. Παρακέντηση παραρρινίων κόλπων.
8. Παροχέτευση αποστήματος ή αιματώματος.  
Στοματική κοιλότητα-Στοματοφάρυγγα
  1. Αφαίρεση ογκιδίων στόματος, εδάφους, παρειάς, γλώσσας ή στοματοφάρυγγα.
  2. Καυτηρίαση αγγείων ή μορφωμάτων με διαθερμία, ραδιοσυχνότητες, Laser κ.τ.λ.
  3. Αφαίρεση σιελολίθων.
  4. Βιοψία ελάσσωνων σιελογόνων ή άλλων ανατομικών στοιχείων του στόματος ή του στοματοφάρυγγα.
  5. Διαγνωστική ή επεμβατική ενδοσκοπηση σιελογόνων αδένων (Σιαλενδοσκόπηση).
  6. Παροχέτευση αποστημάτων (εδάφους στόματος, περιαμυγδαλικού, γλώσσας κ.τ.λ.).
  7. Εκτομή σταφυλής ή/και υπερωιοπλαστική με ραδιοσυχνότητες, απλή χειρουργική, laser κ.τ.λ.  
Λάρυγγας-Κεφαλή-Τράχηλος
    1. Βιοψία λάρυγγα.
    2. Έγχυση διογκωτικού υλικού στις φωνητικές χορδές ή άλλων φαρμάκων.
    3. Τραχειοστομία/κρικοθυρεοτομία.
    4. Αφαίρεση βλαβών, ογκιδίων, κύστεων κτλ του δέρματος ή του υποδορίου και αποκατάσταση.
    5. Αποκατάσταση ελλειμμάτων δέρματος.
    6. Αφαίρεση λεμφαδένος.
    7. Βιοψία μορφώματος τραχήλου.
    8. Παρακεντήσεις.
    9. Παροχέτευση αποστήματος.
    10. Τοποθέτηση καθετήρων έγχυσης φαρμάκων (port).
- B.) Οι ιατρικές, θεραπευτικές, χειρουργικές πράξεις ειδικότητας δερματολογίας-αφροδισιολογίας που δύναται να διενεργούνται σε αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) με τοπική αναισθησία και δεν χρήζουν νοσηλείας είναι οι εξής:
  1. Αφαίρεση καλοήθων ή κακοήθων όγκων του δέρματος.
  2. Χειρουργικός καθαρισμός μικρών κατακλίσεων που δεν απαιτούν ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή.
  3. Εφαρμογές Laser για αντιμετώπιση αγγειακών βλαβών (αιμαγγειωμάτων, ευρυαγγειών,), μελαγχρωματικών βλαβών (συγγενών και καλοήθων σπίλων), ανεπιθύμητης-παθολογικής τριχοφυΐας και αποκατάστασης βλαβών δέρματος τριχωτού, κορμού, άκρων, ουλών, φωτογήρανσης, αφαίρεση δερματοστιξίας (τατουάζ), αφαίρεση καλοήθων νεοπλασιών του δέρματος (μυρμηκίες, ξανθελάσματα, επιδερμικών σπίλων, σμηγματογόνων κύστεων κ.τ.λ.).
  4. Διάνοιξη-Παροχέτευση ή Αφαίρεση κύστεων φαγεσώρων, φλυκταινών, αποστημάτων, δοθιήνων.
  5. Χειρουργική αντιμετώπιση βλαβών ακμής και επιπλοκών της.
  6. Χειρουργική αντιμετώπιση ιδρωταδενίτιδας.
  7. Διόρθωση υπερτροφικών ουλών με έγχυση στεροειδών.
  8. Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων ονύχων.
  9. Δερμοαπόξεση και χημειο-αποφολιδωση βλαβών προσώπου ή εκτός αυτού.
  10. Μικρογραφική τεχνική (MOHS) αφαίρεσης όγκων του δέρματος.

11. Χειρουργική αφαίρεση ή καταστροφή με LASER, βλαβών γεννητικών οργάνων και πρωκτού.
12. Καταστροφή με LASER ή κρυσχειρουργική προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών του δέρματος.  
Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 5 Ιουνίου 2018

Ο Υπουργός

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ**

Αριθμ. Δ1α/Γ.Π.οικ. 43289

(2)

**Τροποποίηση των άρθρων 3 και 4 της Υ.1α/Γ.Π. οικ. 76785 (ΦΕΚ 3758/τ.Β'/25-10-2017) υπουργικής απόφασης με θέμα: «Ιατρικός έλεγχος προσωπικού, διατροφή και κανόνες υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων στους δημόσιους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς».**

#### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τον α.ν. 2520/1940 (ΦΕΚ 273/1940/τ.Α') «περί Υγειονομικών Διατάξεων», άρθρο 2, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Το π.δ. 121/2017 (ΦΕΚ 148/τ.Α'/9-10-2017) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας».
3. Το π.δ. 73/2015 (ΦΕΚ 116/2015/τ.Α') «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».
4. Την Υ.1α/Γ.Π. οικ.76785 ΦΕΚ 3758/25-10-2017/τ.Β' υπουργική απόφαση με θέμα: «Ιατρικός έλεγχος προσωπικού, διατροφή και κανόνες υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων στους δημόσιους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς».
5. Την Υ.1γ/Γ.Π. οικ. 35797 ΦΕΚ 1199/11-04-2012/τ.Β' υπουργική απόφαση με θέμα: «Πιστοποιητικό υγείας εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος».
6. Το με αρ. πρωτ. ΕΠ 1377/2017/15-11-2017 έγγραφο του ΚΕΕΛΠΝΟ με θέμα: «Πρόταση για τον έλεγχο για φυματίωση των απασχολούμενων σε βρεφονηπιακούς σταθμούς».
7. Το με αρ. πρωτ. 2059/16-5-2018 έγγραφο εκ του Γραφείου Υπουργού.
8. Το γεγονός ότι από την εφαρμογή της παρούσας δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, σύμφωνα με το υπ. αρ. πρωτ. Β1α/41153/29-5-2018 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, αποφασίζουμε:

#### Άρθρο 1

Τροποποιείται το άρθρο 3 της Υ.1α/Γ.Π. οικ. 76785 ΦΕΚ 3758/τ.Β'/25-10-2017 υπουργική απόφαση με θέμα: «Ιατρικός έλεγχος προσωπικού, διατροφή και κανόνες υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων στους δημόσιους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς» ως εξής:

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Οι εργαζόμενοι στους βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς οφείλουν να διαθέτουν πιστοποιητικό υγείας σύμφωνα με το Παράρτημα Ι της παρούσας, το οποίο θα ανανεώνεται κάθε δύο (2) έτη. Στο πιστοποιητικό υγείας θα πιστοποιείται ότι ο/η εργαζόμενος/η δεν πάσχει από λοιμώδες/μεταδοτικό νόσημα, κατόπιν παθολογικής και δερματολογικής ιατρικής εξέτασης.

Ειδικότερα κατά την παθολογική εξέταση των νεοπροσληφθέντων εργαζομένων διενεργείται προτυποποιημένη ιατρική εκτίμηση, ακτινογραφία θώρακος και δερμοαντίδραση Mantoux και ανά τέσσερα (4) έτη επανέλεγχος για φυματίωση σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΙ από ειδικό πνευμονολόγο-φυματιολόγο, ειδικό παθολόγο ή γενικό ιατρό, ο οποίος θα κρίνει αν χρήζει εκ νέου η διενέργεια ακτινογραφίας θώρακος.

Για τους χειριστές τροφίμων επιπλέον απαιτείται παρασιτολογική/καλλιέργεια κοπράνων η οποία θα επαναλαμβάνεται κάθε δύο (2) έτη.

Επίσης, στο πιστοποιητικό Υγείας θα πιστοποιείται η ψυχική υγεία και καταλληλότητα του/της εργαζόμενου/νης, προκειμένου να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό, έπειτα από ψυχιατρική εξέταση.

Όλες οι γνωματεύσεις διενεργούνται από ιατρούς Δημοσίου ή Ιδιωτικού τομέα της επιλογής του απασχολούμενου.

Τα πιστοποιητικά που έχουν ήδη εκδοθεί και είναι σε ισχύ κατά τη δημοσίευση της παρούσης παραμένουν έγκυρα και αποδεκτά μέχρι τη λήξη τους χωρίς την υποχρέωση υποβολής του εργαζόμενου σε επιπλέον εξετάσεις.

**Άρθρο 2**

Τροποποιείται η παρ. 1 του άρθρου 4 της Υ.1α/Γ.Π. οικ. 76785 ΦΕΚ 3758/τ.Β'/25-10-2017 υπουργική απόφαση με θέμα: «Ιατρικός έλεγχος προσωπικού, διατροφή και κανόνες υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων στους δημόσιους και ιδιωτικούς βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς» ως εξής:

«1. Στα βρέφη και νήπια κάθε σταθμού παρέχεται η απαραίτητη ποιοτικά και ποσοτικά τροφή και ειδικότερα κατ' ελάχιστο: πρωινό (από 09:00 π.μ. έως 10:00 π.μ.), μεσημεριανό (από 12:00 π.μ. έως 13:00 μ.μ.) και απογευματινό (από 14:00 μ.μ. έως 16:00 μ.μ.). Για τους σταθμούς που έχουν παρατεταμένη λειτουργία το απόγευμα, λαμβάνεται μέριμνα για επιπρόσθετη διατροφή των παιδιών (από 16:00 μ.μ. έως 18:00 μ.μ.)»

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι****ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**Εργαζομένων σε βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς**  
 Συμπληρώνεται ανά 2 έτη (με εξαίρεση τον έλεγχο φυματίωσης)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

ΑΜΚΑ: \_\_\_\_\_

Επαγγελματική ιδιότητα: \_\_\_\_\_

**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)**

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Επιπλέον, ο εργαζόμενος, υποβλήθηκε σε:

- Παρασιτολογική/καλλιέργεια κοπράνων    ΝΑΙ     ΟΧΙ

(μόνο για τα άτομα που έρχονται σε άμεση ή έμμεση επαφή με τρόφιμα)

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

**ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (από Πνευμονολόγο ή Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)**

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η, εξετάστηκε σύμφωνα με το *ΦΥΛΛΟ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ (ανά 4 έτη)* και υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακος (μόνο για τους νεοπροσληφθέντες).

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

**ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε δερματολογική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από μεταδοτικό δερματολογικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Δερματολόγου

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ψυχιατρική εξέταση, με την οποία βεβαιώνεται η ψυχική υγεία και καταλληλότητα του, προκειμένου να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ψυχιάτρου





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ

## Α. ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

• Οι απασχολούμενοι (ολικής και μερικής απασχόλησης εργαζόμενοι, εθελοντές κ.λπ.) σε βρεφονηπιακούς σταθμούς πρέπει να ελέγχονται για φυματίωση κατά την πρόσληψή τους με:

ο Προτυποποιημένη ιατρική εκτίμηση\* από ειδικό πνευμονολόγο-φυματιολόγο, ειδικό παθολόγο ή γενικό ιατρό, Δημόσιου ή Ιδιωτικού τομέα, της επιλογής του απασχολούμενου

ο Α/α θώρακος και

ο Δερμοαντίδραση Mantoux (δύο βημάτων)

• Σε ορισμένες περιπτώσεις και κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο του απασχολούμενου για φυματίωση και δοκιμασία απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γ.

• Τα αποτελέσματα της δερμοαντίδρασης Mantoux (καταγραφή σε χιλιοστά σκληρίας-ερμηνεία αποτελέσματος: θετική/αρνητική) ή της δοκιμασίας IGRA (θετική/αρνητική/αμφίβολη) θα πρέπει να καταγράφονται στην φόρμα της προτυποποιημένης εκτίμησης και στο βιβλιário υγείας του απασχολούμενου.

• Από τον έλεγχο με δερμοαντίδραση Mantoux ή IGRA εξαιρούνται τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό ενεργού ή λανθάνουσας TB ή τεκμηριωμένα θετική δερμοαντίδραση Mantoux ή IGRA κατά το παρελθόν.

• Όλοι οι απασχολούμενοι σε βρεφονηπιακούς σταθμούς πρέπει να ενημερώνονται από τον ιατρό που διενεργεί την κλινική εκτίμηση και μέσω εκπαιδευτικού σεμιναρίου για τη φυματίωση (τρόπο μετάδοσης, συμπτώματα, διάγνωση, θεραπεία, μέτρα πρόληψης) και για την ανάγκη άμεσης ιατρικής εκτίμησης επί εμφάνισης συμπτωμάτων συμβατών με ενεργό φυματίωση (π.χ. βήχα διάρκειας >3 εβδομάδων, αιμόπτυση, εμπύρετο, επιδρώσεις, απώλεια σωματικού βάρους).

• Επί ύπαρξης ιστορικού νόσησης από φυματίωση κατά το παρελθόν χωρίς τεκμηριωμένη λήψη κατάλληλης θεραπείας επαρκούς διάρκειας ή επί παρουσίας συμπτωμάτων/σημείων/απεικονιστικών ευρημάτων συμβατών με φυματίωση ή επί θετικής δερμοαντίδρασης Mantoux/δοκιμασίας απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γ (IGRA), θα πρέπει να διερευνηθεί το ενδεχόμενο ενεργού ή λανθάνουσας φυματίωσης και να ληφθούν θεραπευτικές αποφάσεις.

• Σε περίπτωση όπου από την αρχική εκτίμηση τεθεί η υπόνοια ότι ο απασχολούμενος πάσχει από ενεργό φυματίωση, τότε αυτός θα πρέπει να απέχει της εργασίας του, να τεθεί σε αναπνευστική απομόνωση και να υποβληθεί στον κατάλληλο διαγνωστικό έλεγχο (με απεικονιστικές, μικροβιολογικές και άλλες εξετάσεις), προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο ενεργού φυματίωσης.

• Σε περίπτωση διάγνωσης ενεργού φυματίωσης, ο απασχολούμενος θα πρέπει να ξεκινήσει κατάλληλη αντιφυματική αγωγή.

• Απασχολούμενος που διαγιγνώσκεται με ενεργό μεταδοτική φυματίωση αναλαμβάνει υπηρεσία μόνο εφό-

σον έχει πάρει κατάλληλη και αποτελεσματική αγωγή επαρκούς διάρκειας και έχει εξασφαλισθεί ότι έχει καταστεί πλέον μη-μεταδοτικός.

• Σε περίπτωση διάγνωσης λανθάνουσας φυματίωσης σε απασχολούμενο σε βρεφονηπιακό σταθμό, θα πρέπει να προτείνεται λήψη αγωγής για λανθάνουσα φυματίωση, εξαιρουμένων των περιπτώσεων όπου υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις.

• Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη απασχόλησης σε βρεφονηπιακό σταθμό είναι η προσκόμιση από τον απασχολούμενο πιστοποιητικού υγείας, με το οποίο ο ιατρός που διενήργησε την εκτίμηση θα πιστοποιεί ότι ο απασχολούμενος υποβλήθηκε σε έλεγχο για φυματίωση, όπως ορίζεται από το νόμο, και δύναται να απασχοληθεί σε βρεφονηπιακό σταθμό.

• Το πιστοποιητικό υγείας θα έχει ισχύ για 4 έτη, θα φυλάσσεται στον ατομικό φάκελο του απασχολούμενου που θα τηρείται στον βρεφονηπιακό σταθμό και θα επιδεικνύεται σε κάθε έλεγχο των αρμόδιων υπηρεσιών.

## Β. ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΕ ΤΑΚΤΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ

B1. Επανελέγχος απασχολούμενων με αρνητικό τον προηγούμενο έλεγχο για φυματίωση

• Ελέγχονται κάθε 4 έτη με:

ο Προτυποποιημένη ιατρική εκτίμηση\* από ειδικό πνευμονολόγο-φυματιολόγο, ειδικό παθολόγο ή γενικό ιατρό, Δημόσιου ή Ιδιωτικού τομέα, της επιλογής του απασχολούμενου

ο Δερμοαντίδραση Mantoux

• Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον επανελέγχο για φυματίωση δοκιμασία απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γ.

• Τα αποτελέσματα της δερμοαντίδρασης Mantoux (καταγραφή σε χιλιοστά σκληρίας-ερμηνεία αποτελέσματος: θετική/αρνητική) ή της δοκιμασίας IGRA (θετική/αρνητική/αμφίβολη) θα πρέπει να καταγράφονται κάθε φορά στην φόρμα της προτυποποιημένης εκτίμησης και στο βιβλιário υγείας του απασχολούμενου.

• Επί θετικοποίησης της δερμοαντίδρασης Mantoux ή της IGRA κατά τον έλεγχο σε τακτά χρονικά διαστήματα, ακολουθεί διερεύνηση για ύπαρξη ενεργού φυματίωσης ή λανθάνουσας φυματικής λοίμωξης και χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία όπου χρειάζεται, όπως περιγράφεται πιο πάνω.

• Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχιση της απασχόλησης σε βρεφονηπιακό σταθμό είναι η προσκόμιση από τον απασχολούμενο ανά τετραετία πρόσφατου\*\* προτυποποιημένου πιστοποιητικού υγείας, με το οποίο ο ιατρός που διενήργησε την εκτίμηση θα πιστοποιεί ότι ο απασχολούμενος υποβλήθηκε σε έλεγχο για φυματίωση, όπως ορίζεται από το νόμο, και δύναται να απασχοληθεί σε βρεφονηπιακό σταθμό.

• Το πιστοποιητικό υγείας θα έχει ισχύ για 4 έτη, θα φυλάσσεται στον ατομικό φάκελο του απασχολούμενου που θα τηρείται στον βρεφονηπιακό σταθμό και θα επιδεικνύεται σε κάθε έλεγχο των αρμόδιων υπηρεσιών.

B2. Επανελέγχος απασχολούμενων με προηγούμενη διάγνωση ενεργού ή λανθάνουσας φυματίωσης.

- Απασχολούμενοι με προηγούμενη διάγνωση ενεργού ή λανθάνουσας φυματίωσης εξαιρούνται από τον έλεγχο με δερμοαντίδραση Mantoux ή IGRA.

- Απασχολούμενοι με προηγούμενη διάγνωση ενεργού φυματίωσης, οι οποίοι έχουν λάβει κατάλληλη, αποτελεσματική και επαρκούς διάρκειας αντιφυματική αγωγή, θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική ιατρική εκτίμηση από ειδικό πνευμονολόγο-φυματιολόγο, μέχρι τη συμπλήρωση δύο ετών από την ολοκλήρωση της αντιφυματικής θεραπείας και να υποβάλλονται σε ιατρική εκτίμηση ανά τετραετία εφεξής.

- Απασχολούμενοι με προηγούμενη διάγνωση λανθάνουσας φυματίωσης που για οποιοδήποτε λόγο δεν έχουν λάβει κατάλληλη και επαρκούς διάρκειας αντιφυματική θεραπεία, πρέπει να ενημερώνονται για την ανάγκη:

- ο λήψης αντιφυματικής θεραπείας για λανθάνουσα φυματίωση, εφόσον υπάρχει σχετική ένδειξη

- ο υποβολής σε τακτική ιατρική εκτίμηση σε ετήσια βάση και τακτικό απεικονιστικό έλεγχο κατά την κρίση του ιατρού, εφόσον για οποιοδήποτε λόγο δεν λάβουν κατάλληλη και επαρκούς διάρκειας αντιφυματική θεραπεία

- ο άμεσης ιατρικής εκτίμησης επί εμφάνισης συμπτωμάτων συμβατών με ενεργό φυματίωση

- Απασχολούμενοι με προηγούμενη διάγνωση λανθάνουσας φυματίωσης, οι οποίοι έχουν λάβει κατάλληλη και επαρκούς διάρκειας αντιφυματική θεραπεία, θα πρέπει να υποβάλλονται σε ιατρική εκτίμηση ανά τετραετία.

- Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχιση της απασχόλησης σε βρεφονηπιακό σταθμό είναι η προσκόμιση από τον απασχολούμενο ανά τετραετία πρόσφατου\*\* προτυποποιημένου πιστοποιητικού υγείας, με το οποίο ο ιατρός που διενήργησε την εκτίμηση θα πιστοποιεί ότι ο απασχολούμενος υποβλήθηκε σε έλεγχο για φυματίωση, όπως ορίζεται από το νόμο, και δύναται να απασχοληθεί σε βρεφονηπιακό σταθμό.

- Το πιστοποιητικό υγείας θα έχει ισχύ για 4 έτη, θα φυλάσσεται στον ατομικό φάκελο του απασχολούμενου που θα τηρείται στον βρεφονηπιακό σταθμό και θα επιδεικνύεται σε κάθε έλεγχο των αρμόδιων υπηρεσιών.

Γ. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

- Επί εμφάνισης συμπτωμάτων συμβατών με ενεργό φυματίωση σε απασχολούμενο σε βρεφονηπιακό σταθμό, αυτός απέχει της εργασίας του, τίθεται σε αναπνευστική απομόνωση και υποβάλλεται στον κατάλληλο διαγνωστικό έλεγχο με απεικονιστικές, μικροβιολογικές και άλλες εξετάσεις, προκειμένου να διερευνηθεί το ενδεχόμενο νόσησής του από ενεργό φυματίωση και να χορηγηθεί κατάλληλη θεραπεία όπου χρειασθεί.

- Απασχολούμενος που διαγιγνώσκεται με ενεργό μεταδοτική φυματίωση επιστρέφει στην εργασία του, εφόσον έχει πάρει κατάλληλη και αποτελεσματική αγωγή επαρκούς διάρκειας και έχει εξασφαλισθεί ότι έχει καταστεί πλέον μη-μεταδοτικός, γεγονός που πρέπει να βεβαιώσει ο θεράπων ιατρός πριν την επιστροφή του εργαζομένου στον χώρο της εργασίας του.

- Επί εμφάνισης κρούσματος ενεργού μεταδοτικής φυματίωσης σε βρεφονηπιακό σταθμό, κατόπιν της υποχρεωτικής δήλωσης του κρούσματος στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος των ατόμων που αποτελούν στενές επαφές του πάσχοντος στο χώρο εργασίας (λοιπού προσωπικού, βρεφών/νηπίων), προκειμένου να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο μετάδοσης της νόσου σε αυτούς και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, με βάση τις ελληνικές και τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Δ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ

- Η τακτική συλλογή και ανάλυση των αποτελεσμάτων του ελέγχου για φυματίωση των απασχολούμενων σε βρεφονηπιακούς σταθμούς θα ήταν επιθυμητή, προκειμένου να είναι δυνατή η εκτίμηση του κόστους και οφέλους της συγκεκριμένης παρέμβασης, εφόσον βρεθεί τρόπος συλλογής των στοιχείων που να μην θέτει σε κίνδυνο την προστασία των προσωπικών δεδομένων των απασχολούμενων.

- Η ανάγκη συνέχισης ή διακοπής του τακτικού ελέγχου των απασχολούμενων σε βρεφονηπιακούς σταθμούς για φυματίωση θα επανεξεταστεί, με βάση την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και την εξέλιξη της πραγματικής επίπτωσης της φυματίωσης στη χώρα, με προϋπόθεση την αντιμετώπιση του φαινομένου της υποδήλωσης μέσω της ηλεκτρονικής δήλωσης, και την σαφή αποτύπωση της επιδημιολογικής εικόνας της νόσου.

- \* Η προτυποποιημένη ιατρική εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- ✓ Αναζήτηση ιστορικού:

- ο ενεργού ή λανθάνουσας φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας στο παρελθόν

- ο έκθεσης σε ασθενή με μεταδοτική φυματίωση

- ο εμβολιασμού με BCG

- ο θετικής δερμοαντίδρασης Mantoux/IGRA κατά το παρελθόν

- ✓ Αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για μόλυνση ή νόσηση από φυματίωση

- ✓ Αναζήτηση συμπτωμάτων συμβατών με ενεργό φυματίωση

- \*\* Εντός του διμήνου που προηγείται της πρόσληψης έως και εντός δεκαήμερου από την πρόσληψη

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Αγράφων 3-5 ΤΚ 15123 Μαρούσι

**ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

Όνοματεπώνυμο:.....Ειδικότητα:.....  
 Μονάδα υγείας/Ιδιωτικό ιατρείο:.....  
 Τηλέφωνο επικοινωνίας: .....Ημ/νία διενέργειας εκτίμησης:...../...../.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΚΤΙΜΑΤΑΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

Όνοματεπώνυμο: .....  
 Ηλικία (σε έτη):.....Φύλο: Α  Θ  Εθνικότητα:.....

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

**α.** Βήχας διάρκειας >3 εβδομάδων Ναι  Όχι  **β.** Πυρετός, ανεξήγητος Ναι  Όχι   
**γ.** Αιμόπτυση Ναι  Όχι  **δ.** Νυκτερινές εφιδρώσεις Ναι  Όχι   
**ε.** Απώλεια Σ.Β./ανορεξία Ναι  Όχι  **στ.** Κακουχία Ναι  Όχι

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ Μ. TUBERCULOSIS**

**α.** Ιστορικό στενής επαφής με ασθενή με μεταδοτική φυματίωση Ναι  Όχι   
**β.** Γέννηση/παραμονή ≥1 μήνα σε περιοχή αυξημένης επίπτωσης φυματίωσης (περιοχή με επίπτωση φυματίωσης >20 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού βλ. WHO Global TB Report [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)) Ναι  Όχι   
**γ.** Ιστορικό διαμονής/απασχόλησης σε περιβάλλον υψηλού κινδύνου (π.χ. σωφρονιστικές εγκαταστάσεις, γηροκομεία, καταφύγια άστεγων, νοσοκομεία, άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης) Ναι  Όχι

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

**α.** Νόσημα/θεραπευτική αγωγή που επιφέρει ανοσοκαταστολή (π.χ. HIV/AIDS, μεταμόσχευση οργάνου/μυελού οστών, κορτικοειδή σε δόση αντίστοιχη με > 15 mg prednisone/ημέρα για >1 μήνα ή ανταγωνιστής TNF-α) Ναι  Όχι   
**β.** Νόσημα/κατάσταση που αυξάνει τον κίνδυνο εξέλιξης λαθάνουσας σε ενεργό φυματίωση [σακχαρώδης διαβήτης, πυριτίαση, καρκίνος κεφαλής-τραχήλου ή πνεύμονα, αιματολογικό νόσημα ή νόσημα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος (π.χ. νόσος Hodgkin's ή λευχαιμία), τελικού σταδίου ΧΝΑ, γαστρεκτομή ή εντερική παράκαμψη, χρόνια δυσασπορόφηση, χαμηλό Σ.Β.(π.χ. Σ.Β. ≥10% μικρότερο του ιδανικού), κάπνισμα (≥1 πακέτο/ημέρα)] Ναι  Όχι   
**γ.** Παρουσία ινωδοσκληρυντικών στοιχείων σε προηγούμενη α/α θώρακος Ναι  Όχι

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ**

**α.** Ιστορικό εμβολιασμού με BCG Ναι  Όχι   
**β.** Προηγούμενη δερμ/ση Mantoux Ναι  Όχι  Ημ/νία διενέργειας: .../...../..... Σκληρία σε mm:.....  
**γ.** Προηγούμενη δοκιμασία IGRA Ναι  Όχι  Ημ/νία: ...../...../..... Θετική  Αρνητική  Αδιευκρίνιστη   
**δ.** Προηγούμενο ιστορικό διάγνωσης φυματίωσης ή λήψης αντιφυματικής θεραπείας Ναι  Όχι

Λανθάνουσα φυματίωση  Ενεργός φυματίωση  Εντόπιση.....Έναρξη θεραπείας(έτος).....

Διάρκεια θεραπείας(σε μήνες/έτη).....Αντιφυματικά φάρμακα.....

**ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ (Ενός ή δύο βημάτων)**

Δερμοαντίδραση Mantoux # 1	Δερμοαντίδραση Mantoux # 2
Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm	Ημ/νία διενέργειας:...../...../..... Ημ/νία ανάγνωσης:...../...../..... Μέγεθος σκληρίας:.....mm

**ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ IGRA**

Ημ/νία διενέργειας:...../...../.....  
 Θετική  Αρνητική  Αδιευκρίνιστη

Άτομα που εμφανίζουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα ή θετική δερμοαντίδραση Mantoux ή θετική δοκιμασία IGRA, θα πρέπει να υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο με α/α θώρακος και ενδοχόμενως και άλλες εξετάσεις, κατά την κρίση του ιατρού που διενεργεί την εκτίμηση.

Η απόφαση αυτή ισχύει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.  
Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 5 Ιουνίου 2018

Ο Υπουργός

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ**