

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 εργασίμων (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 Α 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.

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Επώνυμο: Όνομα:

Τηλέφωνο (εργασίας): Άλλο τηλέφωνο επικοινωνίας:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

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

Β. 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;/...../.....

Ε. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ (προσωπική 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)	