

Οδηγίες συμπλήρωσης Δελτίου Υγειονομικής Εξέτασης

1. Η υποψήφια **συμπληρώνει** τα προσωπικά της στοιχεία (ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ κ.λπ.) και **επικολλά** στο ειδικό πλαίσιο με την ένδειξη [ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ] ασπρόμαυρη φωτογραφία τύπου ταυτότητας.
2. Όσες υποψήφιες έχουν καταταγεί σε πίνακα ατόμων με **ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω** συμπληρώνουν [**X**] στο ειδικό πλαίσιο του πεδίου «ΑΝΑΠΗΡΙΑ», αναγράφοντας την «ΠΑΘΗΣΗ/ΕΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ» που αναφέρεται στη γνωμάτευση/γνωστοποίηση αποτελέσματος πιστοποίησης αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α. (Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας) ή άλλη Υγειονομική Επιτροπή, την οποία προσκόμισαν στο Α.Σ.Ε.Π. για την απόδειξη της αναπηρίας τους.
3. Οι υγειονομικές εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν σε Νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή σε ιδιώτη ιατρό ή σε Διαγνωστικά Εργαστήρια και πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί το αργότερο **μέχρι και την 23^η /07/2020 και όχι πριν από την 24^η /04/2020**.
4. Πριν από τη συμπλήρωση των σχετικών πεδίων του δελτίου, ο/η εκάστοτε γνωματεύων/ουσα ιατρός **ελέγχει** τα στοιχεία της ταυτοπροσωπίας της εξεταζόμενης υποψήφιας (αντιπαραβολή των δηλωθέντων στο παρόν δελτίο προσωπικών στοιχείων της υποψήφιας με την επικολληθείσα φωτογραφία και τα στοιχεία της αστυνομικής της ταυτότητας).
5. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΘΩΡΑΚΟΣ» ο/η γνωματεύων/ουσα ακτινολόγος, αφού εκτελέσει την ακτινογραφία θώρακα, αναγράφει «**Ακτινογραφία θώρακα χωρίς παθολογικά ευρήματα**» και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση, με την επιφύλαξη των οριζόμενων στην παράγραφο 10.
6. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» του «ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ» ο/η γνωματεύων/ουσα μικροβιολόγος/ βιοπαθολόγος **βεβαιώνει** τη διενέργεια των ακόλουθων μικροβιολογικών εξετάσεων: **Γενική αίματος, Σάκχαρο, HbA1c, Ουρία, Κρεατινίνη, SGOT, SGPT, Γενική ούρων** και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση.
7. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ» ο/η γνωματεύων/ουσα καρδιολόγος, **αφού λάβει υπόψη α)** τα αποτελέσματα του ΗΚΓ (επί του οποίου θα υπογράψει για την επιβεβαίωση της ταυτοπροσωπίας), **β)** την αντικειμενική εξέταση, **γ)** το ατομικό και οικογενειακό καρδιολογικό ιστορικό και **δ)** οποιαδήποτε άλλη εξέταση κρίνει απαραίτητη για τη διαμόρφωση άποψης για την κατάσταση της υγείας της εξεταζόμενης, **γνωματεύει** περί της καρδιολογικής της κατάστασης, αναγράφοντας «**Κλινικά υγιής**» και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση, με την επιφύλαξη των οριζόμενων στην παράγραφο 10.
8. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ» ο/η γνωματεύων/ουσα παθολόγος, **αφού λάβει υπόψη α)** τα αποτελέσματα των απεικονιστικών και μικροβιολογικών εξετάσεων, **β)** το ατομικό αναμνηστικό, **γ)** την αντικειμενική εξέταση, **δ)** το αποτέλεσμα της καρδιολογικής εξέτασης και **ε)** οποιαδήποτε άλλη εξέταση κρίνει απαραίτητη για τη διαμόρφωση άποψης για την κατάσταση της υγείας της εξεταζόμενης, **γνωματεύει** για τη γενική κατάσταση της υγείας της, αναγράφοντας «**Κλινικά υγιής**» και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση, με την επιφύλαξη των οριζόμενων στην παράγραφο 10.
9. Όταν **δεν προκύψουν** ευρήματα κατά τον ακτινολογικό, μικροβιολογικό ή/και κλινικό έλεγχο, τα **πρωτότυπα** της ακτινογραφίας θώρακα, των μικροβιολογικών εξετάσεων, του ΗΚΓ και οποιασδήποτε άλλης εξέτασης ζητήθηκε και διενεργήθηκε από τον/την εκάστοτε ιατρό, θα πρέπει να είναι **διαθέσιμα, εφόσον** ζητηθούν εκ των υστέρων από την Επιτροπή, για **περαιτέρω έλεγχο**.
10. Σε περίπτωση ύπαρξης **ευρημάτων** κατά τον ακτινολογικό, μικροβιολογικό ή/και κλινικό έλεγχο, ο/η γνωματεύων/ουσα ιατρός οφείλει να αναγράψει ρητά τη συγκεκριμένη **διάγνωση** (π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου Ι, Μεσοκοιλιακή Επικοινωνία κ.ά.) στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ», προς κρίση από την Επιτροπή της υγειονομικής καταλληλότητας των υποψηφίων. Στην περίπτωση αυτή η εξεταζόμενη υποψήφια οφείλει να αποστείλει στο Α.Σ.Ε.Π. το δελτίο υγειονομικής εξέτασης **συνοδευόμενο** από τα πρωτότυπα της ακτινογραφίας θώρακα, των μικροβιολογικών εξετάσεων, του ΗΚΓ και οποιασδήποτε άλλης εξέτασης ζητήθηκε και διενεργήθηκε από τον/την εκάστοτε ιατρό.
11. Υποψήφιες οι οποίες τελούν σε κατάσταση **εγκυμοσύνης ή λοχείας** δεν συμπληρώνουν ούτε υποβάλλουν το δελτίο υγειονομικής εξέτασης. Αντ' αυτού προσκομίζουν **γνωμάτευση γυναικολόγου** από την οποία να προκύπτει η κατάσταση της υγείας τους (εγκυμοσύνη ή λοχεία).

ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ ΑΔΤ ΑΜΚΑ

ΑΝΑΠΗΡΙΑ* ΠΑΘΗΣΗ/ΕΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η συμπλήρωση όλων των πεδίων του δελτίου (πλην αυτών της αναπηρίας) είναι υποχρεωτική και πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τις επισυναπτόμενες οδηγίες

* Για τη διαπίστωση της υγειονομικής καταλληλότητας των υποψηφίων που έχουν καταταγεί σε πίνακα ατόμων με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω η Επιτροπή θα λάβει συνδυαστικά υπόψη της τις γνωματεύσεις/γνωστοποιήσεις πιστοποίησης αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α. ή άλλη Υγειονομική Επιτροπή, τις οποίες έχουν συνηποβάλει με την αίτηση συμμετοχής τους για την απόδειξη της αναπηρίας τους