**Οδηγίες συμπλήρωσης Δελτίου Υγειονομικής Εξέτασης**

O/H υποψήφιoς/α **συμπληρώνει** τα προσωπικά της στοιχεία (ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ κ.λπ.) και **επικολλά** στο ειδικό πλαίσιο με την ένδειξη [ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ] ασπρόμαυρη φωτογραφία τύπου ταυτότητας.

1. Όσοι/ες υποψήφιοι/ες έχουν καταταγεί σε πίνακα ατόμων με **ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω** συμπληρώνουν **[Χ]** 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.
2. 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.
3. Πριν από τη συμπλήρωση των σχετικών πεδίων του δελτίου, ο/η εκάστοτε γνωματεύων/ουσα ιατρός **ελέγχει** τα στοιχεία της ταυτοπροσωπίας του/της εξεταζόμενου/ης υποψήφιας (αντιπαραβολή των δηλωθέντων στο παρόν δελτίο προσωπικών στοιχείων του/της υποψήφιου/ας με την επικολληθείσα φωτογραφία και τα στοιχεία της αστυνομικής του/της ταυτότητας).
4. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «Ακτινογραφίας θώρακος» 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 οριζομένων στην παράγραφο 10.
5. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» του «ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ Ελέγχου» 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.
6. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «Καρδιολογικής εξέτασης» 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 του/της εξεταζομένου/ης, **γνωματεύει** περί της καρδιολογικής του/της κατάστασης, αναγράφοντας **«Κλινικά υγιής»** και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση, με την επιφύλαξη των οριζομένων στην παράγραφο 10.
7. Στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» της «Παθολογικής εξέτασης» 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 του/της εξεταζομένου/ης, **γνωματεύει** για τη γενική κατάσταση της υγείας του/της, αναγράφοντας **«Κλινικά υγιής»** και εν συνεχεία υπογράφει και σφραγίζει στην αντίστοιχη θέση, με την επιφύλαξη των οριζομένων στην παράγραφο 10.
8. 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**.
9. 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, Μεσοκολπική Επικοινωνία κ.ά.) στη θέση «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ», προς κρίση από την Επιτροπή της υγειονομικής καταλληλότητας των υποψηφίων. Στην περίπτωση αυτή ο/η εξεταζόμενος/η υποψήφια οφείλει να προσκομίσει ενώπιον της Επιτροπής 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.
10. 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 ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ:**

**ΕΠΩΝΥΜΟ …………..……………………..……… ONOMA ……………………...…..……… ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ …….…..……………….…….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |

 **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ ………………………….….…….. ΑΔΤ …………………………...….………… ΑΜΚΑ ………..………………..………..………**

**ΑΝΑΠΗΡΙΑ\* ΠΑΘΗΣΗ/ΕΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ……….……………………………………………………………………………………………………..…………..………**

**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 συνυποβάλει με την αίτηση συμμετοχής τους για την απόδειξη της αναπηρίας τους**