

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



Αθήνα, 07/02/2023

Αρ. Πρωτ.: Δ1α/Γ.Π. οικ.7522

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
 & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
 Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
 ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
 ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
 Πληροφορίες: Ρ. Τσοχαντάρη, Ο.Παντελά
 Δ/ση: Αριστοτέλους 19, 10187
 Τηλ.: 2132161720, 2132161325

Προς:

1. Όλες τις Περιφέρειες της χώρας

Υπόψη:

- Περιφερειάρχη
- Γεν. Δ/ντη Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας

2. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας

Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής
 Μέριμνας

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

Θέμα: «Συμπλήρωση της με αρ. Υ1/Γ.Π.οικ.118886 /12-12-2012 εγκυκλίου για την ταξιδιωτική ιατρική»

Σχετ.:

1. Η με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ.118886 /12-12-2012 εγκύκλιος με θέμα «Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής & Δαπάνες για εμβολιασμό ταξιδιωτών έναντι νοσημάτων ενδημικών στη χώρα προορισμού» (ΑΔΑ: Β4ΜΨΘ-ΧΣΔ)
2. Η με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ.74195 /26-08-2014 εγκύκλιος με θέμα «Συμπλήρωση της με αρ. Υ1/Γ.Π.οικ.118886 /12-12-2012 εγκυκλίου για την ταξιδιωτική ιατρική» (ΑΔΑ: ΒΜΙΘ-Χ7Ω)
3. Το από 14.12.2022 αίτημα του τμήματος Δημόσιας Υγιεινής & Προαγωγής Υγείας της Περιφέρειας Αττικής με θέμα «Μετάφραση πληροφοριακού δελτίου ταξιδιώτη»

Με το παρόν συμπληρώνεται η ανωτέρω σχετική (1) εγκύκλιος με το **ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑΞΙΔΙΩΤΕΣ** και το **ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ** στην Αγγλική γλώσσα (Παραρτήματα Α1, Α2).

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΛΕΥΡΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. **ΕΟΔΥ, Γρ. Προέδρου, Γρ. Δ/ντή και Γρ. Ταξιδιωτικής Ιατρικής (Υπόψη κα. Τσώνου),** Αγράφων 3-5, Τ.Κ. 15123, Μαρούσι, president@eody.gov.gr, p.tsonou@eody.gov.gr
2. **Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ, Γρ. Προέδρου, Λεωφ. Βασ. Σοφίας 127, Αθήνα 115 21,** grammateiads@pasteur.gr, secr.director@pasteur.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γρ. Υπουργού, minister@moh.gov.gr
2. Γρ. Αναπληρώτριας Υπουργού, alternate.minister@moh.gov.gr
3. Γρ. Γεν. Γραμματέα Δημ. Υγείας, secretary.gen.dy@moh.gov.gr
4. Γρ. Προϊστ. Γεν. Δ/νσης Δημ. Υγείας & Ποιότητας Ζωής, gddy@moh.gov.gr
5. Δ/νση Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής Περιβάλλοντος, Τμήμα Α, ddy_a@moh.gov.gr

A.1 TRAVELER'S INFORMATION FORM

1. Health Professional details	
1.1 Regional Health Directorate:	Date of declaration: __/__/__
1.2 Name:	Surname:
1.3 Profession: <input type="checkbox"/> medical doctor <input type="checkbox"/> health visitor <input type="checkbox"/> nurse <input type="checkbox"/> other (please define)	
2. Traveler details	
2.1 Name:	Surname:
2.2 Date of birth: __/__/__	2.3 Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.4 Nationality: <input type="checkbox"/> Greek <input type="checkbox"/> Other (please define)	
2.5 Type of traveler: <input type="checkbox"/> tourist <input type="checkbox"/> seafarer <input type="checkbox"/> professional/business <input type="checkbox"/> other (please define)	
3. Travel details	
3.1 Date of departure: __/__/__	
3.2 Duration of stay: <input type="checkbox"/> < 1 month <input type="checkbox"/> 1-3 months <input type="checkbox"/> 3-6 months <input type="checkbox"/> > 6 months	
3.3 Destination/s: 1) 2) 3)	3.4 Type of travel: <input type="checkbox"/> organized (travel agency) <input type="checkbox"/> non – organized <input type="checkbox"/> cruise
3.5 Purpose of travel: <input type="checkbox"/> recreation/tourism <input type="checkbox"/> work/business <input type="checkbox"/> relatives/friends (VFRs) <input type="checkbox"/> pilgrimage Hajj <input type="checkbox"/> other (please define)	
3.6 Place of residence: <input type="checkbox"/> hotel <input type="checkbox"/> house <input type="checkbox"/> camp <input type="checkbox"/> ship <input type="checkbox"/> other (please define)	
3.7 Residential area: <input type="checkbox"/> urban <input type="checkbox"/> urban and rural <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> altitude >3000m	
3.8 Activities: <input type="checkbox"/> sports (climbing, diving, hunting) <input type="checkbox"/> activities in nature <input type="checkbox"/> possible contact with animals	
4. Medical history	
4.1 Current health problem (eg infection with fever)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.2 History of jaundice or hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.3 History of cardiovascular disease (eg arrhythmia)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.4 History of psychiatric illness (depression, psychosis, schizophrenia, sleep disorders etc)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.5 History of neurological disease (epilepsy, multiple sclerosis etc)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.6 History of blood disease (G6PD enzyme deficiency, sickle cell anemia etc)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.7 History of dermatological disease (eg psoriasis)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.8 Allergies (eggs, antibiotics etc)	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No
4.9 Pregnancy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Breastfeeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Possible in the next trimester: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4.10 Other health problems	<input type="checkbox"/> Yes, if yes, define your medication: _____ <input type="checkbox"/> No

A.2 TRAVELER'S CONSENT FORM FOR VACCINATION AND CHEMOPROPHYLAXIS

1. Health Professional details

1.1 Directorate of Health: Date:

1.2 Name:Surname:

1.3 Occupation:
.....

2. Traveler's details

2.1 Name:Surname:

2.2 Date of birth:

2.3 Gender: M F

2.4 Nationality:
.....

2.5 Address:

2.6 Telephone number:

This is to certify that I,
Ms/Mr.....

have been informed about the endemic diseases in the destination country/ies

the general preventive measures, the recommended vaccines.....

the recommended malaria prophylaxis.....

as well as their contraindications and possible side effects.

Traveler's Signature