

ΕΝΤΥΠΟ 1

Ενημερωτική επιστολή για το

«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ-ΔΙΩΝΗ»

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα,

Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων και την επιστημονική εποπτεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, συντονίζει και υλοποιεί δράσεις και παρεμβάσεις στο πλαίσιο πρόληψης και προαγωγής υγείας παιδιού και εφήβου. Αναπτύσσονται σε δομές προσχολικής αγωγής των δήμων και σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε εθνικό επίπεδο με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων.

Αξιοποιώντας το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (Α.Δ.Υ.Μ.), ομάδα υγείας αποτελούμενη από παιδίατρο ή γενικό γιατρό, επισκέπτη υγείας ή/και νοσηλεύτη/τρια θα επισκεφθεί τον εκπαιδευτικό φορέα του παιδιού σας, προκειμένου να εξεταστεί με την παρουσία σας και με τη συγκατάθεσή σας. Επικουρικά, για τις απαραίτητες πληροφορίες της υγείας του παιδιού θα χρησιμοποιηθεί το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού που διαθέτετε.

Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει να προασπίσει και να παρακολουθήσει την υγεία και ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων. Με αυτό τον τρόπο, διευκολύνεται η διαχρονική και ολοκληρωμένη φροντίδα των αναγκών υγείας των παιδιών και εφήβων.

Μετά την εξέταση του παιδιού κι εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, θα χορηγείται έντυπο παραπομπής για εξέταση από άλλη ιατρική ειδικότητα/υποειδικότητα ή αρμόδια υπηρεσία.

Η συμμετοχή του σχολείου που φοιτά το παιδί σας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των μονάδων υγείας και των επαγγελματιών υγείας της περιοχής σας. Για τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα θα ενημερωθείτε εγκαίρως. Σε περιπτώσεις όπου το παιδί παρακολουθείται συστηματικά από παιδίατρο ή άλλες παιδιατρικές υπηρεσίες είναι στην ευχέρειά σας η επιλογή συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Καθ' όλη τη διάρκεια διενέργειας του προγράμματος τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις προκειμένου να εξασφαλίζεται η συμμόρφωση με τη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων (Ευρωπαϊκός Γενικός Κανονισμός GDPR). Τα στοιχεία που θα τηρούνται θα είναι ανώνυμα και θα υπάρχει δυνατότητα αξιοποίησης για ερευνητικούς λόγους και για την αξιολόγηση του προγράμματος.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία και τη συμβολή σας στην επίτευξη του σημαντικού αυτού εγχειρήματος.

Γενική γραμματεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΕΝΤΥΠΟ 2

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

(συμπληρώνεται για κάθε παιδί ξεχωριστά)

Για τη συμμετοχή του παιδιού μου στο: «**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ-ΔΙΩΝΗ**» προκειμένου να εξεταστεί από την ομάδα ιατρών και επαγγελματιών υγείας παρουσία μου,

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

..... γονέας/κηδεμόνας

του παιδιού

του φορέα προσχολικής φροντίδας ή σχολικής μονάδας.....

και της τάξης

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

εκφράζω τη συγκατάθεσή μου δεν εκφράζω τη συγκατάθεσή μου

να συμμετέχει το παιδί μου στη φυσική εξέταση και στη συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή (Α.Δ.Υ.Μ) από την αρμόδια ομάδα ιατρών και επαγγελματιών υγείας που θα συνεργαστεί με τον φορέα εκπαίδευσης για το σκοπό αυτό.

Ο γονέας/κηδεμόνας και το παιδί διατηρούνε το δικαίωμα διακοπής της συμμετοχής τους στη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Τα οποιαδήποτε ευαίσθητα δεδομένα υγείας που θα προκύψουν από τη διαδικασία εξέτασης αξιοποιούνται αποκλειστικά και μόνο για τη συμπλήρωση του Α.Δ.Υ.Μ. και του Φύλλο Ιατρικής Εξέτασης (Φ.Ι.Ε), του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού και στο πλαίσιο των προβλεπόμενων διαδικασιών του προγράμματος. Μέρος των στοιχείων που θα τηρούνται, θα είναι ανώνυμα και θα υπάρχει δυνατότητα αξιοποίησης για ερευνητικούς λόγους και για την αξιολόγηση του προγράμματος.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία

...../...../20....