

# ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

Δήμος Ν.Ιωνίας

Ν.Ιωνία, \_\_\_\_\_

Σχολείο: .....

Όνοματεπώνυμο Διευθυντή / ντριας: .....

Διεύθυνση Σχολείου: .....

## Παραπεμπτικό για μοριακό έλεγχο SARS-CoV-2 στο Γεν.Νοσοκομείο Ν.Ιωνίας

Του/της \_\_\_\_\_,

με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_,

### α) αναφέρει τα ακόλουθα συμπτώματα:

πυρετό (ενδεικτικώς  $>37.5^{\circ}\text{C}$ ),  βήχα,  δύσπνοια,  ανοσμία/αγευσία

ή λιγότερο ειδικά:  καταβολή,  μυαλγίες,  έμετο/διάρροια,  κεφαλαλγία,

ή άλλα συμπτώματα .....

ημερομηνία ενάρξεως συμπτωμάτων: \_\_\_\_\_

και / ή

### β) αναφέρει επαφή με επιβεβαιωμένο (εργαστηριακώς)

ή με πιθανό κρούσμα covid-19 (άτομο με πυρετό αδιευκρίνιστης αιτιολογίας)

(εντός χρονικού διαστήματος 48ώρες πριν, μέχρι 10 ημέρες μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων του κρούσματος ή 2 ημέρες πριν την διενέργεια τεστ ασυμπτωματικού κρούσματος)

εργασία στην τάξη ή πολύωρη επαφή σε γραφείο (ανεξαρτήτως χρήσεως μάσκας)

διαμονή στην ίδια οικία

ολιγόλεπτη συνομιλία πρόσωπο με πρόσωπο χωρίς χρήση μάσκας και από τους δύο

παραμονή στην ίδια αίθουσα επί 10-15min χωρίς χρήση μάσκας και από τους δύο

συνεπιβάτης σε όχημα

σωματική επαφή (πχ. χειραψία, εναγκαλισμός, ασπασμός)

επίσκεψη κατ'οίκον σε άτομο που νοσεί με πυρετό και βήχα

άλλο (προσδιορίστε) .....

ημερομηνία επαφής (αρχικής επαφής σε περίπτωση καθημερινής συναναστροφής): \_\_\_\_\_

Παρατηρήσεις / σχόλια:

.....

.....

.....

<b>Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΒΕΒΑΙΩΝΩ</b> ΟΤΙ Ο/Η ΑΝΩ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ..... ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	<b>Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ / ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ</b>
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ)	(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

**Δήλωση εξεταζομένου:** «Συναινώ στην κοινοποίηση προς την Υπηρεσία του αποτελέσματος του μοριακού έλεγχου SARS-CoV-2 στον οποίο θα υποβληθώ, για λόγους προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Ο/Η εξεταζόμενος/η \_\_\_\_\_