



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

5. General preventive measures

- ☐ Foodborne/waterborne diseases
 ☐ Sexually transmitted/blood borne diseases
 ☐ Accidents
☐ Animal bites/Animals suspected of rabies
 ☐ Protection from insects

6. Vaccination

6.1 Completed compulsory vaccination program ☐ Yes ☐ No ☐ Unspecified

6.2 Vaccines

Vaccine	Vaccination history		Recommended vaccines	Administered vaccines	Doses			
	Last 3 years	Last 10 years			1st	2nd	3rd	Booster dose
Measles/Mumps/Rubella (MMR)								
Diphtheria/Tetanus adult type (Td)								
Tetanus								
Poliomyelitis (IPV)								
Yellow fever								
Meningococcus								
Hepatitis A								
Hepatitis B								
Typhoid fever								
Cholera								
Rabies								
Tick – borne encephalitis								
Japanese encephalitis								
Influenza								
Other (please define)								

7. Chemoprophylaxis for malaria

- ☐ No ☐ Yes If yes:
 ☐ Chloroquine
☐ Mefloquine
☐ Doxycycline
☐ Atovaquone/Proguanil
☐ Other (please define)

8. Remarks

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