**Βεβαίωση / πιστοποιητικό γιατρού για άτομα με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από τον Covid‑19.**

Βεβαιώνεται ότι ο / η

Ονοματεπώνυμο ασθενή

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας

Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

εμπίπτει στις ομάδες πληθυσμού με παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από Covid‑19 και συγκεκριμένα έχει το/τα πιο κάτω σημειωμένο/α νόσημα/νοσήματα (σημειώστε το νόσημα που ισχύει):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Προϋπάρχουσα Χρόνια Αναπνευστική Νόσος (π.χ. βρογχικό άσθμα σοβαρής βαρύτητας, ασθενής σε χρόνια οξυγονοθεραπεία ή σε μη-επεμβατικό αερισμό [CPAP ή ΒiPaP] κατ’ οίκον, σοβαρή πνευμονική υπέρταση (NYHA III και IV), σοβαρή πνευμονική ίνωση, πνευμονεκτομή/λοβεκτομή). |
|  |  | Σοβαρή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης κάτω από 15 ml/min και αιμοκαθαρώμενοι). |
|  |  | Καρδιακή αρρυθμία με μόνιμο απινιδιστή ή καρδιοπάθεια με μόνιμο απινιδιστή και αμφικοιλιακό βηματοδότη. |
|  |  | Καρδιακή Ανεπάρκεια οποιασδήποτε αιτιολογίας (Ισχαιμικής ή μη αιτιολογίας) σταδίου κατά NYHA III ή IV. |
|  |  | Καρδιαγγειακή νόσος: |
|  |  | 1. Πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή επέμβαση επαναγγείωσης: αγγειοπλαστική ή εμφύτευση stent τους τελευταίους 12 μήνες, |
|  |  | 1. Αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG (bypass)) τους τελευταίους 12 μήνες, και |
|  |  | 1. Πρόσφατο ΑΕΕ τους τελευταίους 12 μήνες ή με εγκατεστημένη νευρολογική σημειολογία. |
|  |  | Μυοκαρδιοπάθειες (Ιστορικό τεκμηριωμένης μυοκαρδίτιδος, υπερτροφική, διατατική, διηθητική (αμυλοείδωση)). |
|  |  | Συγγενείς καρδιοπάθειες μετά από χειρουργική διόρθωση με σημαντική υπολειπόμενη βλάβη ή μη-διορθωμένες συγγενείς καρδιοπάθειες με σημαντική υπολειπόμενη βλάβη. |
|  |  | Ενεργός χρήση βιολογικών παραγόντων (π.χ. TNF αναστολείς, αναστολείς ιντερλευκίνης) ή άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. |
|  |  | Ενεργός χρόνια λήψη κορτικοειδών (≥20mg πρενδιζόνης ή ισοδύναμο της για ≥ 1 μήνες). |
|  |  | Ασθενείς με ιστορικό μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων ή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. |
|  |  | Ασθενείς με κακοήθεια συμπαγούς οργάνου ή αιματολογική, που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία ή ανοσοθεραπεία. |
|  |  | Ασθενείς με HIV ή ασθενείς με αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων < 200/mm3. |
|  |  | Κληρονομικές ή επίκτητες ανοσοανεπάρκειες. |
|  |  | Ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες που εμπίπτουν στην Κατηγορία Γ – Ασθενείς με Πολύ Υψηλό Κίνδυνο, σύμφωνα με τις συστάσεις της Διεθνής Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας |

Οι πιο πάνω ασθένειες έχουν καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας σε Δελτίο Τύπου, ημερομηνίας 29/12/2020.

Όνομα προσωπικού γιατρού

Υπογραφή προσωπικού γιατρού

Ημερομηνία

Τηλ. Επικοινωνίας

Το παρόν έντυπο θα επισυναφθεί σε αίτηση του σχεδίου για «Ειδικό Επίδομα Απουσίας από την Εργασία» του Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.