

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΕΝΤΥΠΟ –ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ Μ.Φ.Η. ΚΑΙ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΝ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κινητό/σταθερό):
ΘΕΣΗ:

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ****ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η επικρατούσα κατάσταση εν μέσω πανδημίας που οφείλεται στο νέο κορωνοϊό COVID-19, έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Επιβάλλεται δε από την ελληνική έννομη τάξη και τις Δημόσιες Αρχές η εξαιρετικά επείγουσα ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αποφυγής διάδοσης του κορωνοϊού COVID-19 και η ανάγκη ασφαλούς λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών και του κράτους. Υφίσταται επίσης ανάγκη, ατομικής και συλλογικής προστασίας της υγείας των εργαζομένων και των ευπαθών ομάδων και είναι επομένως αναγκαία η έγκαιρη διάγνωση πιθανών κρουσμάτων.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2, τα ηλικιωμένα άτομα ανήκουν στις πλέον ευάλωτες ομάδες για την εμφάνιση της νόσου και επιπλοκών, οι δε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και οι κλειστές δομές που φιλοξενούν ευπαθείς ομάδες αποτελούν χώρους με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης και διασποράς της λοίμωξης. Δεδομένης της αυξανόμενης διασποράς του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 και κυρίως εξαιτίας της μεγάλης ευσάλπτητας των ηλικιωμένων, κρίνεται αναγκαία, η συστηματική εφαρμογή μέτρων προφύλαξης που αποσκοπούν στην έγκαιρη ανίχνευση και αποτροπή της διασποράς ακολουθώντας τις οδηγίες των αρμόδιων υγειονομικών αρχών.

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων συνεργάστηκε με τον Εθνική Αρχή Διαφάνειας προκειμένου να είναι δυνατή η κατά το συντομότερο δυνατόν ανίχνευση πιθανών συμπτωμάτων και η εκδήλωση των απαιτούμενων ενεργειών για την διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων στις ΜΦΗ και των ηλικιωμένων.

Προκειμένου να περιοριστεί η περαιτέρω διασπορά του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 και να μειωθεί ο δυναμικός κίνδυνος για τα άτομα που φιλοξενοούνται στη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων και στις λοιπές κλειστές δομές, όπως επίσης για τους εργαζόμενους στη Μονάδα και τις δομές και το οικείο

τους περιβάλλον, ο κάθε εργαζόμενος οφείλει να συμπληρώνει και να καταθέτει το ακόλουθο ερωτηματολόγιο σε καθημερινή βάση πριν την είσοδό του στον χώρο εργασίας.

Η απάντησή στις ακόλουθες ερωτήσεις υπεύθυνα και με την μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια θα συμβάλει σημαντικά στην τήρηση των αναγκαίων μέτρων πρόληψης για την προστασία των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στην δομή, αλλά και των συναδέλφων.

#### **ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι από κοινού υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της συγκεκριμένης επεξεργασίας με τη Εθνική Αρχή Διαφάνειας και τη Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων «.....»<sup>1</sup> ή την κλειστή δομή που φιλοξενεί ευπαθείς ομάδες «.....»<sup>2</sup>.

#### **ΣΚΟΠΟΣ - ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΝΟΜΙΜΗ ΒΑΣΗ**

Οι σκοποί επεξεργασίας είναι οι εξής:

1. Η εξασφάλιση της υγείας του προσωπικού
2. Η εξασφάλιση της υγείας των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στις ΜΦΗ και τις κλειστές δομές που φιλοξενούν ευπαθείς ομάδες.

Η νόμιμη βάση επεξεργασίας είναι η συμμόρφωση με έννομη υποχρέωση.

#### **ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Πρόσβαση στις απαντήσεις σας ενδέχεται να αποκτήσουν η Εθνική Αρχή Διαφάνειας, η Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, η Γενική Γραμματεία Εμπορίου και Προστασίας Καταναλωτή, η Οικεία Περιφέρεια και ο Ε.Ο.Δ.Υ.

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων θα επεξεργαστεί τις απαντήσεις για στατιστικούς λόγους και εφόσον αυτές προηγούμενως έχουν ανωνυμοποιηθεί (δηλαδή έχουν διαγραφεί τα στοιχεία ταυτοποίησης).

#### **ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

Για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων .....

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης επεξεργασίας έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε αίτημα για πρόσβαση, διόρθωση, της επεξεργασίας των δεδομένων που σας αφορούν, να αντιταχθείτε στην επεξεργασία και να υποβάλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, σε περίπτωση

<sup>1</sup> Συμπληρώνεται η επωνυμία της Μ.Φ.Η. ή της κλειστής δομής που φιλοξενεί ευπαθείς ομάδες.

<sup>2</sup> Συμπληρώνεται η επωνυμία της Μ.Φ.Η. ή της κλειστής δομής που φιλοξενεί ευπαθείς ομάδες.

<sup>3</sup> Εάν η Μ.Φ.Η. ή η κλειστή δομή που φιλοξενεί ευπαθείς ομάδες δεν έχει, θα πρέπει άμεσα ή προσωρινά να ορίσουν πρόσωπο επικοινωνίας για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

<p>που θεωρείτε ότι με τις ενέργειές μας προσβάλλουμε το δικαίωμά σας στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.          Τα δικαιώματά σας μπορείτε να τα ασκήσετε υποβάλλοντας αίτηση στην ηλεκτρονική διεύθυνση <a href="https://www.dpaa.gr">https://www.dpaa.gr</a></p>	
<b>Ερωτήσεις</b>	
1	<p>Αντιμετωπίζετε ή έχετε αντιμετωπίσει τις τελευταίες 14 ημέρες, οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα; (Παρακαλώ πάρτε τη θερμοκρασία σας πριν απαντήσετε σε αυτήν την ερώτηση.)</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πυρετός (37,8 ° C ή υψηλότερος)          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Βήχας          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δύσπνοια ή δυσκολία στην αναπνοή          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πονόλαιμος          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Απώλεια γεύσης ή όσφρησης          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ρίγη          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος ή μυϊκοί πόνοι          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναυτία, διάρροια, έμετος</p>
2	<p>Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε έρθει σε στενή επαφή με άτομο που παρουσίαζε κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα ή παρουσίασε κάποια από τα συμπτώματα αυτά μετά την επαφή σας;          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p>
3	<p>Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε έρθει σε στενή επαφή με άτομο που διαγνώστηκε με λοίμωξη COVID-19;          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p>
4	<p>Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p>
5	<p>Έχετε υποβληθεί σε εξέταση για COVID-19 και αναμένετε τα αποτελέσματα των εξετάσεων;          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p>
6	<p>Έχετε διαγνωστεί θετικός/ή στη λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19) ή είναι πιθανόν να είστε θετικός/ή με βάση την εκτίμηση θεράποντος ιατρού ή τα συμπτώματά σας;          Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p>

7	Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε ταξιδέψει αεροπορικά εντός ή εκτός Ελλάδας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
8	Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε έρθει σε στενή επαφή με άτομο που είχε ταξιδέψει αεροπορικά εντός ή εκτός Ελλάδας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
9	Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 σε οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
10	Κατά τις τελευταίες 14 ημέρες, έχετε παρευρεθεί σε χώρους υψηλού συνωστισμού και συγχρωτισμού (εμπορικά κέντρα, υπαίθριες αγορές κλπ); Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
11	Έχετε κάνει τεστ ανίχνευσης του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 μετά την επιστροφή σας από ταξίδι εντός ή εκτός Ελλάδας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
12	Υπάρχει κάποιος λόγος για τον οποίο πιστεύετε ότι διατρέχετε υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθείτε από τη λοίμωξη COVID-19 ή κινδυνεύετε από σοβαρές επιπλοκές εάν προσβληθείτε από τη λοίμωξη COVID-19; Εάν "ναι", παρακαλούμε εξηγήστε εν συντομία. Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Επεξήγηση:

#### Υπογραφή Ημερομηνία

Σημειώνεται ότι τα παραπάνω στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την αξιολόγηση του κινδύνου να έχετε προσβληθεί από COVID-19. Οι πληροφορίες αυτές θα τηρηθούν ως εμπιστευτικές.