



ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΔΑΠΜ – 41742

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:

**«ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΑΔΜΗΕ Α.Ε. »**

ΤΕΥΧΟΣ 4

ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

- 1. Διαδικασία Πραγματοποίησης Ιατρικού Ελέγχου**
- 2. Προβλεπόμενες Εξετάσεις**
- 3. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**
 - I. Σχέδιο Παραπεμπτικού Ιατρού Εργασίας**
 - II. Σχέδιο εντύπου «ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ»**
 - III. Σχέδιο συγκεντρωτικού καταλόγου εξετάσεων προς πληρωμή**



ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΔΜΗΕ Α.Ε.

1. Για τη διενέργεια των κλινικών - εργαστηριακών εξετάσεων, οι εργαζόμενοι θα προσέρχονται στις εγκαταστάσεις των διαγνωστικών κέντρων του Αναδόχου, μετά από ραντεβού, τα οποία θα προγραμματίζονται από τις κατά τόπους αρμόδιες Υπηρεσίες του ΑΔΜΗΕ.

2. Ο προγραμματισμός των ιατρικών εξετάσεων για κάθε εργαζόμενο θα γνωστοποιείται εγγράφως στο αντίστοιχο διαγνωστικό κέντρο, τουλάχιστον τρεις ημέρες πριν από την πραγματοποίησή τους, με την αποστολή του εντύπου με τίτλο «ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ» (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι), με τα στοιχεία των εργαζομένων, την Ομάδα των Εξετάσεων που πρόκειται να υποβληθεί και τα τηλέφωνα επικοινωνίας.

Στο τέλος της εβδομάδας το διαγνωστικό κέντρο οφείλει να ενημερώνει εγγράφως τον ΑΔΜΗΕ για την προσέλευση ή μη των εργαζομένων που έχουν δηλωθεί στα προγραμματισμένα ραντεβού, αποστέλλοντας με fax το ίδιο έντυπο («ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ»), έχοντας συμπληρώσει τη στήλη «ΠΡΟΣΗΛΘΕ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)».

3. Το σύνολο και το είδος των εξετάσεων ή οι κατά περίπτωση απαιτούμενες εξετάσεις για κάθε μισθωτό ή ομάδα μισθωτών θα προσδιορίζονται μόνο από τον Ιατρό Εργασίας της Εταιρείας.

Για το σκοπό αυτό θα εκδίδεται από τον ΑΔΜΗΕ το αντίστοιχο παραπεμπτικό (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ), που θα παραδίδεται από τους προσερχόμενους για εξετάσεις στη Γραμματεία του διαγνωστικού κέντρου, μαζί με το βιβλιάριο ασθενείας ή την ταυτότητα του προσερχόμενου, για τον έλεγχο της ταυτοπροσωπίας.

4. Τα αποτελέσματα του εργαστηριακού – κλινικού ελέγχου θα παραδίδονται στην ΑΔΜΗΕ Α.Ε. με ευθύνη του Αναδόχου, επ' ονόματι του Ιατρού Εργασίας, εντός 15 ημερών από την πραγματοποίησή τους και σε δύο ξεχωριστούς ονομαστικούς φακέλους (πρωτότυπα και αντίγραφα αποτελεσμάτων).

Στον φάκελο με τα πρωτότυπα αποτελέσματα θα αναγράφεται εξωτερικά :

- Το ονοματεπώνυμο του εργαζόμενου
- Η ημερομηνία εξέτασης
- Προς ΑΔΜΗΕ Α.Ε. (για τον Ιατρό εργασίας).

Στον φάκελο με τα αντίγραφα των αποτελεσμάτων θα αναγράφεται εξωτερικά :

- Το ονοματεπώνυμο του εργαζόμενου
- Η ημερομηνία εξέτασης
- Προς ΑΔΜΗΕ Α.Ε. (για τον εργαζόμενο).

Και στους 2 φακέλους θα περιλαμβάνεται υπογεγραμμένη από αρμόδιο Ιατρό ή Ιατρούς του Κέντρου. συγκεντρωτική κατάσταση – έκθεση με τα πορίσματα όλων των εξετάσεων που υποβλήθηκε ο εργαζόμενος.

Σε περίπτωση που από τον εργαστηριακό – ιατρικό έλεγχο διαπιστωθεί η ύπαρξη ενδεχόμενης παθολογίας με χαρακτήρα επείγοντος, το Ιατρικό – Διαγνωστικό κέντρο οφείλει να ενημερώσει τηλεφωνικά τον ενδιαφερόμενο, προκειμένου αυτός να έρθει σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό του.

5. Ο χρόνος πραγματοποίησης όλου του ελέγχου –κλινικού και εργαστηριακού- δεν θα υπερβαίνει τις τρεις (3) συνεχόμενες ώρες και θα πραγματοποιείται εντός της ίδιας ημέρας σε ένα και το αυτό ιατρικό-διαγνωστικό κέντρο και σε ωράριο που θα συμφωνείται.

6. Η αμοιβή του Αναδόχου για τη διεξαγωγή του Περιοδικού Προληπτικού Έλεγχου Επαγγελματικής Υγείας (ΠΠΕΕΥ) θα γίνεται βάσει των νόμιμων παραστατικών που θα κατατίθενται στο τέλος κάθε μήνα, συνοδευόμενο από τις μηνιαίες αναλυτικές καταστάσεις που θα εκδίδει το Ιατρικό-Διαγνωστικό κέντρο (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ), σύμφωνα με το είδος και το κόστος των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν για



κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά, όπως αυτές θα πιστοποιούνται, αφού ελεγχθούν από τους αρμόδιους εκπροσώπους της Εταιρείας.

7. Το συμφωνηθέν τίμημα των Ιατρικών- Διαγνωστικών εξετάσεων θα καταβάλλεται εξ ολοκλήρου από τον ΑΔΜΗΕ. Δεν επιτρέπεται καμία επιβάρυνση, άμεση ή έμμεση των εργαζομένων απαίτηση συμμετοχής σε οποιοδήποτε ποσοστό από δημόσιους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ), είτε ιδιωτικής, στο κόστος των εξετάσεων.
8. Ο Ανάδοχος θα έχει δυνατότητα να υποβάλλει σε κλινικό-εργαστηριακό έλεγχο τουλάχιστον 5 (πέντε) άτομα ημερησίως στην Αθήνα και τουλάχιστον πέντε (5) ανά δύο εβδομάδες, στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας.
9. Ο χρόνος πραγματοποίησης όλου του ελέγχου –κλινικού και εργαστηριακού- δεν θα υπερβαίνει τις τρεις (3) συνεχόμενες ώρες και θα πραγματοποιείται εντός της ίδιας ημέρας σε ένα και το αυτό ιατρικό-διαγνωστικό κέντρο και σε ωράριο που θα συμφωνείται.
10. Ακολουθεί ο Πίνακας των Εξετάσεων του ΠΠΕΕΥ:



ΠΙΝΑΚΑΣ Ι	
A/A	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΔΜΗΕ Α.Ε.
1	Γενική Αίματος (Πλήρες αιμοδιάγραμμα)
2	Σάκχαρο ορού
3	Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) με καρδιολογική εξέταση και διάγνωση
4	Ακτινογραφία θώρακος (F+P) με γνωμάτευση
5	Ακοομετρικός Έλεγχος (Ακοομετρικό διάγραμμα)
6	Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση και έλεγχος λαβυρίνθου
7	Τρανσαμινάσες AST/SGOT
8	Τρανσαμινάσες ALT/SGPT
9	γGT
10	Αλκαλική Φωσφατάση (ALP)
11	Χολερυθρίνη ολική
12	Χολερυθρίνη άμεση και έμμεση
13	Κρεατινίνη αίματος
14	Ουρία αίματος
15	Οφθαλμολογική εξέταση (μέτρηση οπτικής οξύτητας)
16	Πνευμονολογική Εξέταση - Σπιρομέτρηση
17	Νευρολογική Εξέταση



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- I. Σχέδιο εντύπου προγραμματισμού επίσκεψης
- II. Σχέδιο Παραπεμπτικού Ιατρού Εργασίας
- III. Σχέδιο συγκεντρωτικού καταλόγου εξετάσεων προς πληρωμή

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ****I. Σχέδιο εντύπου προγραμματισμού επίσκεψης****ΑΔΜΗΕ**

Τίτλος Κλιμακίου
Οδός, αριθμός
ΤΚ-Περιοχή
Αρμόδιος
Τηλέφωνο
FAX
email

Προς : (Ονομασία Διαγνωστικού κέντρου)
(διεύθυνση κλπ)

«ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ»

Σας κάνουμε γνωστό ότι στα πλαίσια της Σύμβασης ΔΑΠΜ-_____ για τον Προληπτικό Έλεγχο της επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων στην ΑΔΜΗΕ Α.Ε., θα προσέλθουν το χρονικό διάστημα

Από..... έως.....

οι παρακάτω εργαζόμενοι, στους οποίους έχει χορηγηθεί το αντίστοιχο παραπεμπτικό από τον Ιατρό Εργασίας της Υπηρεσίας μας.

Παρακαλούμε όπως, προβείτε την διενέργεια των εξετάσεων που αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί, για κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά :

A/A	A.M.	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΟΜΑΔΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΠΡΟΣΗΛΘΕ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ****II. Σχέδιο Παραπεμπτικού Ιατρού Εργασίας****ΑΔΜΗΕ**

Τίτλος Κλιμακίου
Οδός, αριθμός
ΤΚ-Περιοχή
Αρμόδιος
Τηλέφωνο
FAX
email

Προς : (Ονομασία Διαγνωστικού κέντρου)
(διεύθυνση κλπ)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ

A.M. : _____ **Επώνυμο :** _____ **Όνομα** _____

Κατ./Ειδ. : _____ **ΒΟΚ :** _____ **Υπ. Μονάδα :** _____

Ανήκει στην Ομάδα Εργαζομένων : _____ **ήτοι στον Πίνακα Εξετάσεων :** _____

Στα πλαίσια της Σύμβασης ΔΑΠΜ-_____ για τον Προληπτικό Έλεγχο της επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων στην ΑΔΜΗΕ Α.Ε., παρακαλούμε όπως προβείτε στη διενέργεια των παρακάτω εξετάσεων :

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ Α - Β - Γ - Δ - Ε

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ (1)	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ (2)	ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ (ΝΑΙ/ΟΧΙ) (3)	ΤΕΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ (4)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
ΣΥΝΟΛΑ				

ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
(για την πιστοποίηση)

Ο ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
(για την παραπομπή)

(μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων, υπογεγραμμένο αντίγραφο διαβιβάζεται από το Διαγνωστικό Κέντρο στον ΑΔΜΗΕ, με συμπληρωμένες τις στήλες (3) και (4))

**III. Σχέδιο συγκεντρωτικού καταλόγου εξετάσεων προς πληρωμή**

(Όνομασία Διαγνωστικού κέντρου)

ΠΡΟΣ : ΑΔΜΗΕ Α.Ε.

Συγκεντρωτικός Κατάλογος εξετάσεων μηνός.....του έτους

Στα πλαίσια της Σύμβασης ΔΑΠΜ-_____ για τον Προληπτικό Έλεγχο της επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων στην ΑΔΜΗΕ, υποβάλουμε τον προβλεπόμενο κατάλογο (**Συνοδεύει το τιμολόγιο**)

A/A	A.M.	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΤΕΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
ΣΥΝΟΛΑ						

Για το Διαγνωστικό Κέντρο

Πιστοποιείται από τον ΑΔΜΗΕ