

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
**ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

▶ Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
που δηλώνει το κρούσμα: .....

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

ΑΜΚΑ:	▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
Ημ/νία γέννησης: ___/___/___	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ___ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
Τόπος κατοικίας: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):		<input type="checkbox"/> Αστεγος
▶ Δήμος:		▶ Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ▶ Δ/νση:		▶ Τηλ.:

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποια;	<input type="checkbox"/> Αθίγγανος <input type="checkbox"/> Πομάκος
Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	.....
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής:	.....	▶ Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης
Ταξίδεψε ή διέμενε σε ενδημική για την ελονοσία χώρα τα τελευταία 5 έτη (ανεξαρτήτως εθνικότητας);		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
→ ΕΑΝ ΝΑΙ: Ημ/νία τελευταίας άφιξης στην Ελλάδα:	___/___/___	
Σε ποιες ενδημικές για την ελονοσία χώρες ταξίδεψε / διέμενε τα τελευταία 5 έτη;	.....	
Λόγος του τελευταίου ταξιδιού:	<input type="checkbox"/> Αναψυχή <input type="checkbox"/> Επαγγελματικοί <input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους <input type="checkbox"/> Άλλο → .....	
Διάρκεια τελευταίου ταξιδιού σε χώρα ενδημική για ελονοσία:	.....	
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: Έλαβε συστηματικά χημειοπροφύλαξη, σύμφωνα με τις οδηγίες;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
ΕΑΝ ΝΑΙ → Ποιο φάρμακο; .....	Συνέχισε να το παίρνει όταν επέστρεψε για .....	εβδομάδες
Επάγγελμα: .....		Εγκυμοσύνη: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
Μετάγγιση αίματος/παραγώγων; (κατά τους 3 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πότε; .....

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___	Ημ/νία 1 <sup>ης</sup> επίσκεψης σε ιατρό: ___/___/___
Ημ/νία διάγνωσης: ___/___/___	Ημ/νία έναρξης θεραπείας: ___/___/___
Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Νοσοκομείο: .....
Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___	Νοσηλεία σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
Ιστορικό προηγούμενου επεισοδίου ελονοσίας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος); _____ → Πού; .....
Εκδηλώσεις:	<input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Σπληνομεγαλία <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Εκδηλώσεις από ΚΝΣ <input type="checkbox"/> Ήπια συμπτώματα
Θεραπευτική αγωγή:	<input type="checkbox"/> Χλωροκίνη <input type="checkbox"/> Ατοβακόνη-Προγουανίλη <input type="checkbox"/> Μεφλοκίνη <input type="checkbox"/> Κινίνη <input type="checkbox"/> Παράγωγα Αρτεμισίνης <input type="checkbox"/> Άλλο → Ποιό; .....
Σε <i>P. vivax</i> ή <i>P. ovale</i> :	Επάρκεια ενζύμου G6PD; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΑΙ → Χορήγηση Πριμακίνης; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
Έκβαση:	<input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ___/___/___

▶ Ο/η θεράπων ιατρός: .....	Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....	

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Εστάλη δείγμα σε εργαστήριο αναφοράς;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Μικροσκοπική εξέταση: <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
Ανίχνευση DNA <i>Plasmodium</i> (PCR):	<input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	<input type="checkbox"/> Αναμένεται
Δοκιμασία ταχείας διάγνωσης ελονοσίας:	<input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	
Αναιμία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Θρομβοπενία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Άλλα ευρήματα: .....
Είδος πλασμοδίου: <input type="checkbox"/> <i>P. vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P. falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P. ovale</i> <input type="checkbox"/> <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> <i>P. knowlesi</i> <input type="checkbox"/> Ατυποποίητο		
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....	Υπογραφή (& σφραγίδα)	