

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΑΜΠΥΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιότητα
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	ΕΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Άστεγος	
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.:	► Τηλ.:
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σχέση:
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ποιό/ά:
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού:
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ήρθε από:
► Μετανάστης/Πρόσφυγας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Από ποιά χώρα:
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ποιά:
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:
2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Τι-πού:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ		
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	Κατάταξη κρούσματος:	<input type="checkbox"/> Πιθανό
3.3 Εκδηλώσεις:	<input type="checkbox"/> Εντερίτιδα <input type="checkbox"/> Δυσεντερία <input type="checkbox"/> Εντερικός πυρετός <input type="checkbox"/> Σηψαιμία		
<input type="checkbox"/> Άλλο →			
3.4 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

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.2 Ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος <i>Campylobacter</i> spp.:	► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		
4.4 Είδος/ορότυπος παθογόνου:		Υπογραφή (& σφραγίδα):
4.5 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σε ποιο:	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		