### ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

### ευλογια των πιθηκων (MONKEYPOX)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ► | **Ημερομηνία δήλωσης:** | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| ► | **Μονάδα υγείας / ιδιώτης**  **που δηλώνει το κρούσμα:** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1 ΑΜΚΑ: ► Επώνυμο:** | | | | | | | | | | | | | |  | | **►Όνομα:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2 Ημ/νία γέννησης:** | | | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | | | | | | | **ΕΑΝ ΑΓΝ ** **Ηλικία:** | | | └─────┘ | | | | ετών μηνών ημερών (*ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)* | | | | | | | | **1.3 Φύλο:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | |
| **1.4 Τόπος διαμονής: ►Περιφ. Ενότητα (Νομός):** **► Δήμος:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Άστεγος |
| **►Πόλη/χωριό: ►Οδός/Αριθμός:** | | | | | | | | | | | | | | | | **►Τ.Κ.:** **►Τηλ.:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5** | | **Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;** | | | | | | | | | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ ** Χώρα;** | | | | | | | | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1** | | **Σύνδεση με άλλο κρούσμα1;** | | | | | | | | | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | | | | ** Σχέση;** | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2** | | **Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;** | | | | | | | | | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | | | | ** Πού;** | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3** | | **Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;**  (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) | | | | | | | | | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | | | ** Χώρα:** | | | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | **** | | | **Άφιξη στην  Ελλάδα:** | | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘  ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ | |
| **2.4 Ανοσοκαταστολή:**   ΟΧΙ   ΝΑΙ **** Αν ναι, προσδιορίστε: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.5 Άτομο με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους2:**    ΟΧΙ   ΝΑΙ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.6 Εγκυμοσύνη:**  ΟΧΙ   ΝΑΙ **** Αν ναι, τρίμηνο κύησης: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.7 Επαγγελματίας υγείας:**  ΟΧΙ   ΝΑΙ **** Προσδιορίστε: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ* | | | | | | | | | | | |
| **3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** | | | | | | | | | | └─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ | | | | | | | | | | | | | | | | *ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ*  **Κατάταξη**  **κρούσματος:** | | | | | | |  **Επιβεβαιωμένο**   **Πιθανό** | | | | |
|
| **3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;** 0  ΟΧΙ | | | | | | | | | | | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | | | | | | | | | | | |
| ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: **►Νοσοκομείο:** | | | | | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | **Ημ/νία εισαγωγής:** | | | | | | | | | | | | └─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ | | |
| **►Νοσηλεία σε ΜΕΘ**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **Ημ/νία εισαγωγής σε ΜΕΘ:** └─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.3.** **Κλιν. εκδηλώσεις:** | | | | | |  ε Πυρετός   Μυαλγίες   Λεμφαδενοπάθεια εντοπισμένη  Λεμφαδενοπάθεια γενικευμένη   ε Εξάνθημα περιγεννητικής περιοχής  Εξάνθημα στη στοματική κοιλότητα  Εξάνθημα σε άλλα σημεία    Ραχιαλγία/Οσφυαλγία  Καταβολή  Βήχας  Έμετος/Ναυτία  Επιπεφυκίτιδα   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ** Ημ/νία εμφάνισης πυρετού** (>380 C):└─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ **Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος:** └─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.4 Έκβαση:** | | | |  Ίαση | | | | | | |  Ακόμη ασθενής | | | | | | | | |  Θάνατος ** Ημ/νία θανάτου:** | | | | | | | | | | └─┴─┘/└─┴─┘/└─┴─┘ | | | | | | | |
| **►** Ο/η θεράπων ιατρός: | | | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **►** | Υπογραφή (& σφραγίδα): | | | | | | | | |
| **►** Τηλέφωνα για συνεννόηση: | | | | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1 PCR: ►Υλικό:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . ΑΡΝ ΘΕΤ Δεν έγινε  Αναμένεται  **PCR (:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.2 Ηλεκτρονική μικροσκόπηση: ►Υλικό:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .ΑΡΝ ΘΕΤ Δεν έγινε  Αναμένεται  **PCR (:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.3 IgM:** ΑΡΝ ΘΕΤ Δεν έγινε **IgG:** ΑΡΝ ΘΕΤ Δεν έγινε **►Μέθοδος:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.4** | **Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.5** **Είδος παθογόνου:** | | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Υπογραφή (& σφραγίδα):  **►** | | | | | |

1 Πιθανό ή επιβεβαιωμένο (βάσει του ορισμού κρούσματος), κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων

2 Ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού