### 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