

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΓΡΙΠΗ

(Κρούσμα με εργαστηριακή επιβεβαίωση ή σύνδεση με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά)

▶ Ημερομηνία δήλωσης: ___/___/___

▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ:	▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ___/___/___ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ___ ετών μηνών ημερών <small>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small>	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:	▶ Επάγγελμα:	

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; <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: → Αφιξη: ___/___/___ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα; → Από πότε; ___/___/___ <small>ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά;
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: → Αφιξη στην Ελλάδα: ___/___/___ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
2.7 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία ___/___/___
2.8 Επαφή με πτηνά, μινκ ή άγρια ζώα μέχρι και 14 μέρες πριν <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό → Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:	
3.4 Υποκείμενα νοσήματα:	
3.5 Άλλες επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) <input type="checkbox"/> Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής) <input type="checkbox"/> Ιογενής εγκεφαλίτιδα/ μηνιγγοεγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Εγκεφαλοπάθεια <input type="checkbox"/> Διασωλήνωση <input type="checkbox"/> Άλλη →	
3.6 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 Έλεγχος αντιγόνου: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	4.3 Ανίχνευση RNA του ιού: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.4 Τύπος/υπότυπος ιού:	
4.5 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό;	Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	