

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β, οξεία	<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C, οξεία
<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β, χρόνια	<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C χρόνια/anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ: _____ ► Επώνυμο: _____ ► Όνομα: _____

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ) 1.3 Φύλο: Άρρεν Θήλυ

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 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:

2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού:

2.3 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ήρθε από: → Αφίξη: ____/____/____ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ΟΧΙ ΝΑΙ → Από ποιά χώρα: → Από πότε: ____/____/____ (ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.4 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:

2.5 Ιατρικό / νοσηλευτικό επάγγελμα; ΟΧΙ ΝΑΙ 2.6 Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων; ΟΧΙ ΝΑΙ (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)

2.7 Νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση; ΟΧΙ ΝΑΙ (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) 2.8 Αιμοκάθαρση ΟΧΙ ΝΑΙ (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)

2.9 Οδοντιατρική εργασία / επέμβαση; ΟΧΙ ΝΑΙ (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) 2.10 Έχει γίνει τατουάζ; ΟΧΙ ΝΑΙ (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)

2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ίκτερος; ΟΧΙ ΝΑΙ 3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; ΟΧΙ ΝΑΙ

3.5 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα): _____

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

Ηπ. Β	4.1 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
	4.3 anti-HCV (EIA): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 HBV-DNA: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. C	4.5 HCV RNA: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.6 HBeAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ

Βιοχημ. 4.7 SGOT/AST (U/L): 4.8 SGPT/ALT (U/L): Υπογραφή (& σφραγίδα): _____

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: