

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV

▶ Νοσοκομείο:		▶ Κλινική:	
▶ Ον/μο ιατρού:		▶ Τηλ. για επικοινωνία:	
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 Επώνυμο:		Όνομα:	1.2 Ηλικία: ____/____/____ (έτη)
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	1.4 Τόπος κατοικίας: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):		
▶ Δήμος:			
▶ Πόλη/χωριό:		▶ Τ.Κ.:	▶ Τηλ. ασθενούς:
1.4 Εθνικότητα:		1.5 Επάγγελμα:	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)			
2.1 Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής στην πόλη Wuhan, στην Κίνα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Αν ναι: → Ημ/νία άφιξης στην πόλη Wuhan στην Κίνα : ____/____/____ → Ημ/νία αναχώρησης από την πόλη Wuhan : ____/____/____	HMEPA MHNAS ETOΣ HMEPA MHNAS ETOΣ
2.2 Εργασία ή επίσκεψη σε αγορά με ζώνα στην πόλη Wuhan, στην Κίνα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
2.3 Στενή επαφή με πιθανό ή εργαστηριακά επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019-nCoV:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
2.4 Εργασία ως επαγγελματίας υγείας σε περιβάλλον όπου αντιμετωπίζονται περιστατικά οξέων σοβαρών λοιμώξεων του αναπνευστικού άγνωστης αιτιολογίας:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
2.5 Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας στην οποία να έχουν αναφερθεί περιστατικά με ενδονοσοκομειακή λοίμωξη από κοροναϊό 2019-nCoV:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	<input type="checkbox"/> ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
3.2 Συμπτώματα:	<input type="checkbox"/> Πυρετός/ιστορικό <input type="checkbox"/> Δύσπνοια <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Φαρυγγαλγία <input type="checkbox"/> Καταρροή <input type="checkbox"/> Αδυναμία <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Ευερεθιστότητα/σύγχυση <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Θωρακαλγία <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/> Ναυτία/έμετος <input type="checkbox"/> Διάρροια Άλλο, ποιο;		
3.3 Σημεία:	<input type="checkbox"/> Θερμοκρασία : [____][____][____] °C <input type="checkbox"/> Δύσπνοια/ταχύπνοια <input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακρόαση πνευμόνων <input type="checkbox"/> Φαρυγγικό εξίδρωμα <input type="checkbox"/> Εξέυρωθοι επιπεφυκότες <input type="checkbox"/> Κώμα <input type="checkbox"/> Σπασμοί Άλλο, ποιο;		
3.4 Απεικονιστικά ευρήματα:	<input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακτινογραφία θώρακος		
3.5 Υποκείμενα νοσήματα / συννοσηρότητα:	<input type="checkbox"/> Κύηση (τρίμηνο:) <input type="checkbox"/> Λοχεία (<6 εβδ) <input type="checkbox"/> Νόσημα καρδιαγγειακού (περιλαμβανομένης Αρτ.Υπέρτασης) <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Κακοήθης νόσος <input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος <input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος <input type="checkbox"/> Σακχαρώδης Διαβήτης <input type="checkbox"/> Χρόνια αναπνευστική νόσος <input type="checkbox"/> Χρόνια νευρολογική /νευρομυϊκή νόσος Άλλο, ποιο;		
3.6 Επιπλοκές:	<input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Νεφρική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Καρδιαγγειακές <input type="checkbox"/> Πολυοργανική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Άλλη, ποια;		
4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ			
<input type="checkbox"/> Υποπτο	<input type="checkbox"/> Πιθανό	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο	
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ			
5.1 Ημ/νία εισαγωγής στο νοσοκομείο : ____/____/____	5.2 Ημ/νία αναπν/κής απομόνωσης: ____/____/____		
5.3 Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	▶ Av, ναι →	Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ____/____/____
5.4 Μπήκε σε αναπνευστήρα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	▶ Av, ναι →	Ημ/νία διασωλήνωσης: ____/____/____ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ____/____/____
5.5 Σύνδεση σε ECMO;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	▶ Av, ναι →	Ημ/νία σύνδεσης: ____/____/____
5.6 Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	▶ Av, ναι →	Ημ/νία μεταφοράς: ____/____/____
▶ Σε ποιο Νοσοκομείο:			
6. ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ			
<input type="checkbox"/> Ίαση	<input type="checkbox"/> Ακόμα ασθενής	<input type="checkbox"/> Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ			
7.1 Αποστολή κλινικού δείγματος για 2019-nCoV σε Εργαστήριο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	Av, ναι →	Ημ/νία αποστολής: ____/____/____
▶ Σε ποιο Εργαστήριο:	→ Αποτέλεσμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	Μέθοδος διάγνωσης:	
7.2 Έλεγχος για συνήθη παθογόνα αίτια πνευμονίας της κοινότητας (πχ για S.pneumoniae, Haemophilus Influenza type B, Legionella pneumophila, ιούς γρίπης, RSV κλπ):	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Av, ναι →	Ημ/νία αποστολής: ____/____/____