



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &  
Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων  
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό  
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372

E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

### ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
EPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)	
Όνοματεπώνυμο:		
Φύλο: Άρρεν	Θήλυ	Εθνικότητα:
Ημερομηνία γέννησης: / /		Ηλικία
ή (εάν είναι άγνωστη η ημερομηνία γέννησης)		κατά προσέγγιση: ετών μηνών ημερών (βάλτε σε κύκλο αναλόγως)
Τόπος κατοικίας:	► Νομός:	► Πόλη/Χωριό:
	► Δήμος/Κοινότητα:	
	► Διεύθυνση:	
Τηλέφωνο:		
Όνομα πατρός:	Όνομα μητρός:	

ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	
Ημερομηνία δήλωσης στο ΕΟΔΥ:	/ /
Ημερομηνία 1 <sup>ης</sup> εξέτασης σε Εξ. Ιατρείο / Κέντρο Υγείας / Ιατρείο ΙΚΑ, λόγω της ΟΧΠ:	/ /
Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο:	/ /
Όνομα Νοσοκομείου:	
Κλινική διάγνωση:	
Όνομα θεράποντος ιατρού:	



**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Ανήκει ο ασθενής τε ομάδα υψηλού κινδύνου \*:

ΟΧΙ

ΝΑΙ

Αν ναι, προσδιορίστε:

Ταξίδεψε ο ασθενής εντός ή εκτός Ελλάδας, 28 ημέρες πριν την έναρξη της παράλυσης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αν ναι, προσδιορίστε: ► την ημερομηνία αναχώρησης: / /

► την ημερομηνία επιστροφής: / /

► τον προορισμό του: • Χώρα:  
• Περιοχή:  
• Πόλη / Χωριό:

Υπάρχουν άλλα πρόσφατα περιστατικά ΟΧΠ στο περιβάλλον του ασθενούς (σε διάστημα 60 ημερών πριν από την έναρξη της παράλυσής του);

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ**

Είχε ο ασθενής βιβλιάριο εμβολιασμών διαθέσιμο σε εσάς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός δόσεων IPV/OPV που έχει λάβει ο ασθενής, κατά την ανοσοποίηση ρουτίνας:

.... δόσεις IPV  
... δόσεις OPV

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός επιπρόσθετων δόσεων OPV ή IPV, που τυχόν έχει λάβει ο ασθενής, σε «εκστρατείες» συμπληρωματικού εμβολιασμού:

..... δόσεις

ΑΓΝΩΣΤΟ

Ημερομηνία τελευταίας δόσης εμβολίου: / / , IPV  OPV **ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ**Ημερομηνία συλλογής 1<sup>ου</sup> δείγματος κοπράνων: / /Ημερομηνία συλλογής 2<sup>ου</sup> δείγματος κοπράνων: / /

\*Ομάδες υψηλού κινδύνου:

- Μετακινούμενοι πληθυσμοί (όπως μετανάστες που έχουν έρθει πρόσφατα στην Ελλάδα, άτομα που μένουν σε καταυλισμούς προσφύγων)
- Προσφάτως επαναπατρισθέντες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης ή των Βαλκανίων
- Αθίγγανοι
- Άτομα που διαβιούν σε περιβάλλον με κακές συνθήκες υγιεινής
- Οποιοδήποτε παιδί ανεμβολίαστο ή με ελλιπή εμβολιασμό έναντι της πολιομυελίτιδας
- Άτομα με ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού σε ενδημική χώρα (ενδημικές χώρες τον Ιούνιο 2009: Αφγανιστάν, Πακιστάν, Ινδία, Νιγηρία)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:**

(που συμπληρώνει το Δελτίο)

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:**

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

**> ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΧΠ**

**> ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ,**

**60 - 90 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

**ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΔΕΛΤΙΟ (ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>)**

Το Επιδημιολογικό Δελτίο Δήλωσης Περιστατικού Οξείας Χαλαρής Παράλυσης αποστέλλεται στο Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα στο email: [t.gergakoroulou@eody.gov.gr](mailto:t.gergakoroulou@eody.gov.gr)

- Τηλέφωνο : 210 5212388, 210 5212372
- Πληροφορίες: Γεωργακοπούλου Θεανώ, Βορρέ Στυλιανή
- Διεύθυνση : Αγράφων 3-5, Μαρούσι 151 23

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!**



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης  
& Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων  
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό  
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372  
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

### ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΡΙΔ#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)		
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:			
Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός:	▶ Πόλη/Χωριό:		
▶ Δήμος/Κοινότητα:			
▶ Διεύθυνση:			
Έγινε επανεξέταση του ασθενούς μετά από 60 ημέρες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Αν όχι, γιατί;	Ο ασθενής πέθανε		
	Ο ασθενής δεν προσήλθε για επανεξέταση		
	Άλλη αιτία (προσδιορίστε):		
Ημερομηνία επανεξέτασης:	/	/	
Ευρήματα επανεξέτασης:	Ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία		
	Ο ασθενής δεν έχει υπολειμματική αδυναμία		
	(πλήρης αποκατάσταση μυϊκής ισχύος)		
	Άγνωστο		
Εάν ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία στην επανεξέταση μετά από 60 ημέρες:			
- Θα επανεξετασθεί περαιτέρω (μετά από 2 - 3 μήνες);	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
- Τελική έκβαση, 4 - 5 μήνες μετά την έναρξη της ΟΧΠ (θα ληφθεί τηλεφωνικά):			
Πλήρης αποκατάσταση			
Υπολειμματική αδυναμία			
Τελική διάγνωση:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:			
(που συμπληρώνει το Δελτίο)			
ΥΠΟΓΡΑΦΗ:			
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:			

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης  
& Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων  
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό  
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372  
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

### ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

(αποστέλλεται στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών, μαζί με τα δείγματα κοπράνων)

ΕPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	
Ηλικία (κατά προσέγγιση):	ετών    μηνών    ημερών
	(βάλτε σε κύκλο αναλόγως)
Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη / Χωριό:
Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης:	/ /
Ημερομηνία συλλογής 1 <sup>ου</sup> δείγματος κοπράνων:	/ /
Ημερομηνία συλλογής 2 <sup>ου</sup> δείγματος κοπράνων:	/ /
Ημερομηνία αποστολής δειγμάτων κοπράνων:	/ /
Πιθανή διάγνωση:	
Όνομα θεράποντος ιατρού:	
Όνομα υπευθύνου στον οποίο θα αποσταλούν τα εργαστηριακά αποτελέσματα:	
Νοσοκομείο / Κλινική:	
Τηλέφωνο:	
Fax:	

#### Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

- Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
- Fax: 210 6478832
- Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ, ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ**



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα Νοσημάτων  
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό  
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372  
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &  
Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

## ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΝΤΕΡΟΪΩΝ / ΠΟΛΙΟΪΩΝ

Σε κάθε περίπτωση Οξείας Χαλαρής Παράλυσης απαιτείται η συλλογή δύο τουλάχιστον δειγμάτων κοπράνων, με διάφορα τουλάχιστον 24 ωρών, κατά τις πρώτες 14 μέρες από την ημέρα έναρξης της παράλυσης.

Η απαιτούμενη ποσότητα κοπράνων είναι περίπου 8 - 10 γραμμάρια. Το δείγμα συλλέγεται σε αποστειρωμένο πλαστικό δοχείο, το οποίο πρέπει να κλείνει καλά, προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα διαρροής.

Πάνω σε κάθε δοχείο πρέπει να αναγράφεται ευκρινώς σε ετικέτα το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και η ημερομηνία συλλογής του δείγματος. Και τα δύο δείγματα αποστέλλονται μαζί στο εργαστήριο, σε συνθήκες 0-4 °C (σε παγοκύστες). Σε περίπτωση κωλύματος, τα κόπρανα φυλάσσονται στο ψυγείο (2<sup>0</sup>-4 °C) για 24 ώρες, μέχρι και την αποστολή των δειγμάτων. Σε περίπτωση μαζικής αποστολής τα δείγματα θα πρέπει να διατηρούνται στην κατάψυξη σε θερμοκρασία -20 °C.

Η αποστολή καλό είναι να γίνεται πρωινές ώρες, έτσι ώστε να φτάνουν τα δείγματα στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών μέχρι και τις 15:00 μ.μ.

Τα δείγματα κοπράνων και το παραπεμπτικό εξέτασης κοπράνων αποστέλλονται στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών:

### Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

- Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
- Fax: 210 6478832
- Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

Περισσότερες πληροφορίες δίδονται από τη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα/ Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων του ΕΟΔΥ

### ΕΟΔΥ

- [Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα](#)
- [Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων](#)

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 5212 388, 210 5212 372