

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
**ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΡΥΘΡΑ, ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ, ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
που δηλώνει το κρούσμα: .....

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

Συγγενής ερυθρά  Συγγενής τοξοπλάσμωση  Συγγενής σύφιλη

**Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ**

► Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: \_\_\_\_ ημερών

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

1.4 Μαιευτήριο όπου γεννήθηκε: .....

**Μ Η Τ Ε Ρ Α : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ**

1.1 ΑΜΚΑ:

► Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: \_\_\_\_\_

ετών μηνών ημερών  
(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):

► Δήμος:

Άστεγη

► Πόλη/χωριό:

► Οδός/Αριθμός:

► Τ.Κ.:

► Τηλ.:

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....

**Μ Η Τ Ε Ρ Α : Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ**

3.1 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: .....

3.2 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....

→ Αφίξη: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

► Μετανάστης/Πρόσφυγας;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Από ποιά χώρα: .....

→ Από πότε: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

3.3 Ήταν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....

→ Αφίξη στην Ελλάδα: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

3.5 Ιστορικό νόσησης στην εγκυμοσύνη;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι/πότε; .....

3.6 Ιστορικό αποβολών;  ΟΧΙ  ΝΑΙ .....

**Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

4.1 Βάρος γέννησης: ..... gr

4.2 Διάρκεια κύησης: ..... εβδ.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ  
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος:  Επιβεβαιωμένο  
 Πιθανό

4.3 Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσ. Νεογνών;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Μονάδα: .....

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4.4 Κύριες εκδηλώσεις: .....

4.5 Έκβαση:

Ίαση

Ακόμη ασθενής

Θάνατος

→ Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

**Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

5.1 Ορολογικές εξετάσεις: ► IgG:  ΑΡΝ  ΘΕΤ  ΑΓΝ

► IgM:  ΑΡΝ  ΘΕΤ  ΑΓΝ

5.2 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....