



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης
& Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
Τηλ.: 210 5212372
E-mail: vpd@eody.gov.gr

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

EPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)		
Όνοματεπώνυμο:			
Φύλο:	Άρρεν ☐	Θήλυ ☐	Εθνικότητα: _____
Ημερομηνία γέννησης:	____ / ____ / ____ ή (εάν είναι άγνωστη η ημερομηνία γέννησης)		
Ηλικία 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 ^{ης} εξέτασης σε Εξ. Ιατρείο/Κέντρο Υγείας/Ιατρείο ΙΚΑ, λόγω ΟΧΠ:	____ / ____ / ____
Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο:	____ / ____ / ____
Όνομα Νοσοκομείου:	
Όνομα θεράποντος ιατρού:	
Κλινική διάγνωση:	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης:	_ / _ / _
Εάν ο ασθενής απεβίωσε, ημερομηνία θανάτου:	_ / _ / _
Υπάρχει ιστορικό προηγούμενης παράλυσης, επιληψίας ή άλλων νευρολογικών διαταραχών του ασθενούς;	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ ☐

Προσδιορίστε:

► Είναι η παρούσα παράλυση οξεία;

ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
------------------------------	------------------------------	----------------------------------

► Είναι η παρούσα παράλυση χαλαρή;

ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
------------------------------	------------------------------	----------------------------------

Εάν η παράλυση δεν είναι οξεία και χαλαρή, σταματήστε τη - συνιστώμενη από τον Π.Ο.Υ – διερεύνηση περιστατικού ΟΧΠ

Εάν η παράλυση είναι οξεία και χαλαρή, συνεχίστε τη διερεύνηση περιστατικού ΟΧΠ που συνιστάται (εξέταση δύο δειγμάτων κοπράνων, επανεξέταση σε 60-90 ημέρες)

Υπήρχε πυρετός κατά την έναρξη της παράλυσης;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Είναι η παράλυση ασύμμετρη;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Μέσα σε πόσες ημέρες ολοκληρώθηκε η παράλυση; (από την έναρξη της παράλυσης έως την πλήρη εγκατάστασή της)	σεημέρες		ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Συνυπάρχει άσηπτη μηνιγγίτιδα;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Έγινε Οσφυονωτιαία Παρακέντηση (ΟΝΠ);	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐

Αν ΝΑΙ: Κύτταρα _____ Λεύκωμα _____

Σάκχαρο _____

Εντόπιση παράλυσης:	Αριστερό κάτω άκρο	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Δεξί κάτω άκρο	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Αριστερό άνω άκρο	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Δεξί άνω άκρο	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Αναπνευστικοί μύες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Αυχενικοί / Τραχηλικοί μύες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Προσωπικοί μύες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
	Άλλη εντόπιση: προσδιορίστε			

Που εντοπίζεται η παράλυση στα άνω άκρα;	Κεντρομελικά	Περιφερικά	Κεντρομελικά και περιφερικά	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Που εντοπίζεται η παράλυση στα κάτω άκρα;	Κεντρομελικά	Περιφερικά	Κεντρομελικά και περιφερικά	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐
Υπάρχει διαταραχή αισθητικότητας;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΑΓΝΩΣΤΟ ☐	

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ανήκει ο ασθενής σε ομάδα υψηλού κινδύνου*:

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

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^{ου} δείγματος κοπράνων:

____/____/____

Ημερομηνία συλλογής 2^{ου} 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 το 2025: Αφγανιστάν, Πακιστάν)

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^ο)

Το Επιδημιολογικό Δελτίο Δήλωσης Περιστατικού Οξείας Χαλαρής Παράλυσης αποστέλλεται στη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων στο email: vpd@eody.gov.gr

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

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΡΙΔ#:		(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)
Ονοματεπώνυμο 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

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

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

EPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)
Ονοματεπώνυμο ασθενούς:	
Ηλικία (κατά προσέγγιση):	ετών μηνών ημερών (βάλτε σε κύκλο αναλόγως)
Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη / Χωριό:
Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης:	____/____/____
Ημερομηνία συλλογής 1 ^{ου} δείγματος κοπράνων:	____/____/____
Ημερομηνία συλλογής 2 ^{ου} 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: κα. Λαμπροπούλου Σταυρούλας

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



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης
& Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
Τηλ.: 210 5212372
E-mail: vpd@eody.gov.gr

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ 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 έναρξη 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 (2⁰-4 °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: κα. Λαμπροπούλου Σταυρούλας

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

Περισσότερες πληροφορίες δίδονται από τη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων / Τμήμα Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 5212 372