

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΕΓΕΩΝΕΛΛΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Μ Ο Ρ Φ Η Ν Ο Σ Ο Υ

☐ Νόσος Λεγεωναρίων

☐ Πυρετός Pontiac

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:

☐ Αστεγος

► Πόλη/χωριό:

► Οδός/Αριθμός:

► Τ.Κ.:

► Τηλ.:

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

→ Χώρα:

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

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

→ Έρθε 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 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

→ Χώρα: → Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.6 Διαμονή σε ξενοδοχείο / νοσοκομείο;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

2.7 Σε πισίνα / λουτρό / σπορ με νερό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

2.8 Κεντρικός κλιματισμός στην εργασία ή σε
άλλο χώρο όπου συχνάζει;

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

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:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη

κρούσματος:

☐

Επιβεβαιωμένο

☐

Πιθανό

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ατομικό ιστορικό:

☐ Κάπνισμα

☐ Πνευμονοπάθεια

☐ Σακχαρώδης διαβήτης

☐ Ανοσοκαταστολή

3.4 Εκδηλώσεις:

☐ Γριπώδης συνδρομή

☐ Πνευμονία

3.5 Έκβαση:

☐ Ίαση

☐ Ακόμη ασθενής

☐ Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός:

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

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

4.1 Αντιγόνο στα ούρα:

☐ APN

☐ ΘΕΤ

☐ Δεν έγινε

4.2 Καλλιέργεια:

► Υλικό:

☐ APN

☐ ΘΕΤ

☐ Δεν έγινε

☐ Αναμένεται

4.3 Ορολογική εξέταση:

☐ APN

☐ 1 εξέταση
θετική

☐ 4πλασιασμός
τίτλου

☐ Δεν έγινε

☐ Αναμένεται

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.5 Είδος/οροομάδα λεγιονέλλας:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: