

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Ημ/νία δήλωσης:

Μονάδα ή ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

1. Α Σ Θ Ε Ν Η Σ (Κυκλώστε)			
1.1. Επώνυμο:		Όνομα: ΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΑ/ΔΙΚΑ:	
1.2. Ημ/νία γέννησης:		Η ηλικία: ετών μηνών ημερών (Κυκλώστε)	1.3 Φύλο: Α Θ
1.4. Κατοικία: νομός/πόλη:		Άστεγος ... Άλλο:	
Οδός/Αριθμός:		T.K.:	Τηλ.:
1.5. Αλλοδαπός; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Μετανάστης/Πρόσφυγας. Άλλο:		Χώρα:	Άφιξη στην Ελλάδα (έτος):
1.6. Εργασία ΟΧΙ ► Άνεργος. Οικιακά. Συνταξιούχος. Άλλο:			
ΝΑΙ ► Επαγγελματίας υγείας. Προσωπικό δομής κράτησης/φιλοξενίας. Εκπαιδευτικός/Νηπιαγωγός. Άλλο:			
Χώρος Εργασίας (επωνυμία):			
1.7. Ενασχόληση με κτηνοτροφία: ΝΑΙ ΟΧΙ			
2. Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ : (Κυκλώστε)			
2.1. Σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Σχέση:		Πότε;	
2.2. Πηγαίνει παιδ. σταθμό/σχολείο/σχολή; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Ποιο;			
2.3. Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Ποια; ROMA Άλλη:			
2.4. Γέννηση / Διαμονή >1 μήνα σε χώρα με υψηλή επίπτωση TB; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Ποια;			
2.5. Ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Πού; Γηροκομείο/Ίδρυμα Δομή μεταναστών Φυλακή Άλλο:			
2.6. Ανοσοκαταστολή; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Νόσημα:			
2.7. Άλλη αιτία που ευνοεί ενεργοποίηση λανθάνουσας TB, π.χ. Σ.Δ., ΧΝΑ: ΟΧΙ ΝΑΙ ► Ποια;			
2.8. Έγινε έλεγχος HIV; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ		2.9. Έχει γίνει BCG; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ ► Πότε (έτος);	
2.10. Διάγνωση στο πλαίσιο: Συμβατής συμπτωματολογίας. Προσυμπτωματικού ελέγχου για TB. Ελέγχου επαφών. Άλλο:			
3. Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α (Κυκλώστε)			ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΠΟ ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
3.1. Έναρξη συμπτωμάτων:		3.2. Νοσηλεία: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ	Κατάταξη: Επιβεβαιωμένο Πιθανό/ Ενδεχόμενο
Νοσοκομείο:		Ημ/νία εισαγωγής:	
3.3. Mantoux: mm	3.4. IGRA: ΘΕΤ ΑΡΝ ΟΡΙΑΚΟ/ΑΔΙΕΥΚΡΙΝ		
3.5. Α/α θώρακος: ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΓΝ Έκταση: Περιορισμένη Εκτεταμένη Σπήλαιο: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ Κεχροειδής: ΟΧΙ ΝΑΙ			
3.6. Εντόπιση νόσου: Πνευμονική Εξωπνευμονική ► Εντόπιση: Πλευρίτιδα Αδενική: ενδοθωρακική / εξωθωρακική ΚΝΣ: μήνιγγες / εκτός μηνίγγων Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ / εκτός ΣΣ Πεπτικό Ουρογεννητικό Διάσπαρτη Άλλη:			
3.7. Προηγούμενη θεραπεία; ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) ΑΓΝ ΝΑΙ (προηγούμενη θεραπεία) ► Πότε (έτος);			
Έκβαση προηγ. θεραπείας: Ίαση/Ολοκλήρωση Αποτυχία αγωγής Διακοπή αγωγής Χάθηκε από παρακολούθηση ΑΓΝ			
3.8. Αντιφυματική αγωγή: INH RIF ETH PYR Άλλο:			3.9. Ημ/νία έναρξης:
3.10. Κατάσταση ασθενούς κατά τη δήλωση: Εν ζωή Θάνατος ► Ημ/νία θανάτου:			
Θεράπων ιατρός:		Υπογραφή, σφραγίδα:	
Τηλ. επικοινωνίας:			
Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α (Κυκλώστε)			
4.1. Υλικό/ά:	4.2. Μικροσκοπική:	4.3. Μοριακός έλεγχος:	4.4. Καλλιέργεια:
1.	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ
2.	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ	ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ
4.5 Εργαστήριο:		4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: ADA... Ιστολογικά: Άλλο:	
4.7 Είδος μυκοβακτηριδίου:		4.8. Ευαισθησία: ΑΝΑΜ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟ RIF-R MDR XDR	
Εργαστηριακός ιατρός:		Υπογραφή, σφραγίδα:	
Τηλ. επικοινωνίας:			
ΣΧΟΛΙΑ:			