

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΣ ΜΡΟΧ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΔΥ
(Συμπλήρωση από ΕΟΔΥ)

Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- 1.1 Επώνυμο (αρχικά-2 γράμματα): ____ Όνομα (αρχικά-2 γράμματα): ____
- 1.2 Ημερομηνία γέννησης:...../...../..... Εάν άγνωστη ημ. γέννησης συμπληρώστε ηλικία:
- 1.3 Φύλο κατά τη γέννηση: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα Διεμφυλικό άτομο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
- 1.4 Τόπος διαμονής: Περιφ. Ενότητα (Νομός): Πόλη/Χωριό:
- 1.5 Χώρα γέννησης: ☐ Ελλάδα. ☐ Άλλη χώρα, προσδιορίστε:
- 1.6 Αλλοδαπή εθνικότητα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, χώρα προέλευσης:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 2.1 Σύνδεση με άλλο κρούσμα¹ ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε είδος σχέσης:
- 2.2 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε χώρα:
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)
- 2.3 Εγκυμοσύνη: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, τρίμηνο κύησης:
- 2.4 Επαγγελματίας υγείας: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:
- 2.5 Εκδιδόμενο άτομο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ
- 2.6 Άτομο με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους²: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ
Αριθμός συντρόφων κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου : ____
- 2.7 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:
- 2.8 Ανοσοκαταστολή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:
- 2.9 HIV status: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ Εάν ΘΕΤΙΚΟ: ☐ Πρόσφατα θετικό (<3μήνες)
- 2.10 Διάγνωση άλλων ΣΜΝ το τελευταίο έτος: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ
Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:
- 2.11 Λήψη PrEP για HIV: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ (Ημερομηνία έναρξης:...../...../.....) ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ
- 2.12 Εμβολιασμός Μροχ : ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
Εάν ΝΑΙ: Ημερομηνία 1^{ης} δόσης.....Ημερομηνία 2^{ης} δόσης.....
Χορήγηση 1^{ης} δόσης: ☐ Προ έκθεσης ☐ Μετά από έκθεση
Χορήγηση 2^{ης} δόσης: ☐ Προ έκθεσης ☐ Μετά από έκθεση
Εμβολιασμός ευλογιάς: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
- 2.13 Προηγούμενη νόσηση Μροχ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν, ΝΑΙ Ημερομηνία νόσησης:...../...../..... Clade:.....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:/...../.....

3.2. Κλιν. εκδηλώσεις

- ☐ Πυρετός (>38°C) / ±Ρίγος Ημ/νία εμφάνισης πυρετού (>38°C):...../...../.....
- ☐ Μυαλγίες ☐ Λεμφαδενοπάθεια εντοπισμένη ☐ Λεμφαδενοπάθεια γενικευμένη
- ☐ Καταβολή ☐ Ραχιαλγία/Οσφυαλγία ☐ Βήχας ☐ Φαρυγγαλγία/Κυνάγχη ☐ Διάρροια
- ☐ Έμετος/Ναυτία ☐ Κεφαλαλγία ☐ Επιπεφυκίτιδα ☐ Πρωκτίτιδα
- ☐ Εξάνθημα περιγεννητικής περιοχής ☐ Εξάνθημα στοματικής κοιλότητας
- ☐ Εξάνθημα σε άλλα σημεία (προσδιορίστε): Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος:...../...../.....
- ☐ Άλλα συμπτώματα, προσδιορίστε:

3.3 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ: Ημερομηνία εισαγωγής:...../...../.....

Τέθηκε σε απομόνωση: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Λόγος νοσηλείας: Κλινική κατάσταση: ☐ Απομόνωση: ☐

Νοσηλεία σε ΜΕΘ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ: Ημερομηνία εισαγωγής σε ΜΕΘ:...../...../.....

Επιπλοκες σχετιζόμενες με τη νόσηση: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:

3.4 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:

3. 5. Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος (Ημ/νία θανάτου:...../...../.....)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Ημερομηνία λήψης δείγματος:...../...../..... Είδος δείγματος:.....
Εργαστήριο:.....

PCR (Mprox): ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται Ημερομηνία αποτελέσματος:...../...../.....

PCR (Orthopox): ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται Ημερομηνία αποτελέσματος:...../...../.....

Άλλο, προσδιορίστε:

4.2. Clade: Ημερομηνία αποτελέσματος:...../...../.....

4.3: Αλληλούχιση γονιδιώματος NGS:

Ο/η θεράπων/εργαστηριακός ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

1 Πιθανό ή επιβεβαιωμένο (βάσει του ορισμού κρούσματος), κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων

2 Ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού

Συμπλήρωση από ΕΟΔΥ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ Επιβεβαιωμένο
☐ Πιθανό
☐ Άγνωστο

Υπεύθυνος ελέγχου δήλωσης:.....

Το παρόν δύναται να συμπληρωθεί από τον/την θεράποντα/ουσα ή/και από τον/την εργαστηριακό/ή
ιατρό

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης HIV/AIDS & ΣΜΝ, 07/2026