

Ερωτηματολόγιο διερεύνησης κρούσματος Νόσου Μροχ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΔΥ

(Συμπλήρωση από ΕΟΔΥ)

Ημερομηνία συμπλήρωσης:/...../.....

Μονάδα υγείας:

Επαγγελματίας υγείας που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο (αρχικά):

Όνομα (αρχικά):

Ημερομηνία γέννησης:...../...../.....

Ηλικία (εάν ημ.γέννησης άγνωστη):.....

Φύλο κατά τη γέννηση: ☐ Άνδρας ☐ ΓυναίκαΔιευρυτικό άτομο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙΧώρα γέννησης: ☐ Ελλάδα. ☐ Άλλη χώρα, προσδιορίστε:.....Αλλοδαπή εθνικότητα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Εάν ΝΑΙ, χώρα προέλευσης:.....

Τόπος διαμονής: Περιφ. Ενότητα (Νομός):..... Πόλη/Χωριό:.....

Β) ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ (ΠΙΘΑΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ – ΠΙΘΑΝΟΣ ΧΩΡΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ)

1. Επαφή με ένα ή περισσότερα επιβεβαιωμένα κρούσματα κατά τη διάρκεια των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων

☐ Όχι ☐ Ναι ☐ Άγνωστο

Εάν ναι, προσδιορίστε:

Αρχικά (2 πρώτα γράμματα) Ονοματεπωνύμου	Φύλο	Ημ.γέννησης ή ηλικία	Τόπος διαμονής	Είδος σχέσης/επαφής*	Ημερομηνία πρώτης επαφής	Παρατηρήσεις

*Για παράδειγμα σεξουαλική επαφή, συγγενική σχέση, συγκατοίκηση

2. Επαφή με ένα ή περισσότερα άτομα που είχαν παρόμοια συμπτώματα κατά τη διάρκεια των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;

☐ Όχι ☐ Ναι ☐ Άγνωστο

Εάν ναι, προσδιορίστε:

Αρχικά (2 πρώτα γράμματα) Ονοματεπωνύμου	Φύλο	Ημ.γέννησης ή ηλικία	Τόπος διαμονής	Είδος σχέσης*	Ημερομηνία πρώτης επαφής	Παρατηρήσεις

*Για παράδειγμα σεξουαλική επαφή, συγγενική σχέση, συγκατοίκηση

3. Ταξίδι στο εξωτερικό το χρονικό διάστημα των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων☐ Όχι ☐ Ναι

Εάν ναι → προσδιορίστε (χώρα/ες): _____ Από/...../..... Έως...../...../.....

_____ Από/...../..... Έως...../...../.....

_____ Από/...../..... Έως...../...../.....

4. Σεξουαλική επαφή το χρονικό διάστημα των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;☐ Όχι ☐ ΝαιΕάν Ναι, η επαφή ήταν - με άτομο/α του ίδιου φύλου; ☐ Όχι ☐ Ναι- με άτομο/α του αντίθετου φύλου ☐ Όχι ☐ Ναι- με άτομο/α του ίδιου και του αντίθετου φύλου ☐ Όχι ☐ Ναι5. Επαφή με ζώο ή ζώα το χρονικό διάστημα των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;☐ Όχι ☐ Ναι Εάν Ναι, προσδιορίστε είδος

ζώου/ζώων:.....

Ημερομηνία επαφής:/...../..... Γεωγραφική περιοχή επαφής:

Συχνή επαφή με ζώο ή ζώα;☐ Όχι ☐ Ναι Εάν Ναι, προσδιορίστε είδος ζώου/ζώων:.....**Διαμονή στην ίδια οικία με κατοικίδιο ζώο ή ζώα;**☐ Όχι ☐ Ναι Εάν Ναι, προσδιορίστε είδος ζώου/ζώων:.....6. Πιθανός τρόπος μετάδοσης :

1. Επαφή με μολυσμένο ζώο

☐ Όχι ☐ Ναι

2. Ενδονοσοκομειακή έκθεση

☐ Όχι ☐ Ναι

3. Επαγγελματική έκθεση (σε εργαστήριο)

☐ Όχι ☐ Ναι

4. Μέσω από κοινού χρήσης μολυσμένων αντικειμένων (ρούχα, κλινοσκεπάσματα κλπ)

☐ Όχι ☐ Ναι

5. Κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί

☐ Όχι ☐ Ναι

6. Από άτομο σε άτομο (εξαιρούνται οι περιπτώσεις της κάθετης μετάδοσης και

της μετάδοσης μέσω σεξουαλικής επαφής)

☐ Όχι ☐ Ναι

7. Σεξουαλική επαφή

☐ Όχι ☐ Ναι

8. Μετάγγιση αίματος

☐ Όχι ☐ Ναι

9. Άγνωστο

☐ Όχι ☐ Ναι

10. Άλλο

☐ Όχι ☐ Ναι → Προσδιορίστε.....

7.Πιθανός χώρος έκθεσης το χρονικό διάστημα των 3 εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων
(Συμπληρώστε **X** σε ό,τι ισχύει)

Μπαρ/εστιατόριο ή άλλος χώρος συνάθροισης λίγων ατόμων, <u>χωρίς σεξουαλική επαφή</u>	
Χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας	
Ιδιωτική κατοικία	
Κατοικία σε άλλη χώρα	
Μεγάλη εκδήλωση (φεστιβάλ, αθλητικές εκδηλώσεις κλπ) <u>χωρίς σεξουαλική επαφή</u>	
Μεγάλη εκδήλωση <u>με σεξουαλική επαφή</u>	
Νυχτερινός χώρος διασκέδασης/ιδιωτικό πάρτυ/σάουνα ή παρόμοιοι χώροι, <u>με σεξουαλική επαφή</u>	
Αεροπλάνο	
Σχολείο / Σχολή	
Χώρος εργασίας	
Άλλο, προσδιορίστε:	

Γ) ΣΤΕΝΕΣ ΕΠΑΦΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Στενή επαφή[#] με ένα ή περισσότερα άτομα κατά τη διάρκεια της εμφάνισης συμπτωμάτων

☐ Όχι ☐ Ναι ☐ Άγνωστο

Εάν ναι, προσδιορίστε:

Αρχικά (2 πρώτα γράμματα) Ονοματεπωνύμου	Φύλο	Ημ.γέννησης ή ηλικία	Τόπος διαμονής	Είδος σχέσης (πχ σεξουαλική, συγγενική, συγκατοίκηση κλπ)	Ημερομηνία τελευταίας επαφής	Ενημέρωση για διαχείριση/ Παρακολούθηση [#]
						ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
						ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
						ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
						ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

[#] Ο ορισμός των στενών επαφών και οι συστάσεις διαχείρισης περιλαμβάνονται στο έντυπο «Διαχείριση επαφών κρούσματος νόσου Μροχ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Πρόληψης HIV/AIDS & ΣΜΝ

Αγράφων 3,5, Μαρούσι ΤΚ 15123



Τηλ: 210 5212131,351

e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr