ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** __/__/__

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** .....

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:** ☐ Άστεγος

►**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 Είναι: ►**Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ήρθε από:** ..... →**Άφιξη:** __/__/__ (ΗΜΕΡΑ / ΜΗΝΑΣ / ΕΤΟΣ)

►**Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Από ποιά χώρα;** ..... →**Από πότε;** __/____ (ΜΗΝΑΣ / ΕΤΟΣ)

2.3 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιά;** .....

2.4 Έχει συστηματική επαφή με ζώα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; ☐ ΟΧΙ ☐ Κτηνοτρόφος ☐ Κτηνίατρος ☐ Άλλο → **Τι;** .....

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: __/__/__

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ►**Νοσοκομείο:** ..... → **Ημ/νία εισαγωγής:** __/__/__

3.3 Παλαιό ιστορικό εχινοκοκκίασης; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τί/πότε;** .....

3.4 Εκδηλώσεις: ☐ Καμία (τυχαίο εύρημα) ☐ Ηπατομεγαλία ☐ Βήχας ☐ Αιμόπτυση ☐ Αναφυλακτική αντίδραση

3.5 Εντόπιση: ☐ Ηπατική ☐ Πνευμονική ☐ Άλλη → **Πού;** .....

3.6 Μορφή: ☐ Μονήρης κύστη ☐ Πολλαπλές κύστεις

3.7 Θεραπεία: ☐ Φαρμακευτική ☐ Χειρουργική ☐ Άλλο → **Τι;** .....

3.8 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 Έλεγχος αντισωμάτων: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε → **Μέθοδος:** .....

4.2 Παθολογοανατομικός έλεγχος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

4.4 Είδος εχινοκόκκου: .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.