



**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΤΡΙΧΙΝΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

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:	<input type="checkbox"/> Άρρεν	<input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Αστέγος
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.:
► Τηλ.:		
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.3 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
2.4 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ →
<input type="checkbox"/> Κρεοπώλης/σφαγείο	<input type="checkbox"/> Κτηνίατρος	<input type="checkbox"/> Κυνηγός
<input type="checkbox"/> Άλλο:	<input type="checkbox"/> Χειριστής Τροφίμων	► Είδος ζώων:
2.5 Κατανάλωση ατελώς ψημένου χοιρινού, αγριογούρουνου, προϊόντος από χοιρινό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη συμπτωμάτων)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-Πού-πότε;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
► Νοσοκομείο:	κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Άλλο	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.4 Κύριες κλινικές εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ηωσινοφιλία <input type="checkbox"/> Περιοφθαλμικό οίδημα (ή προσώπου)	
<input type="checkbox"/> Αιμορραγία από τον επιπεφυκότα, αμφιβληστροειδή ή όνυχα <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Διάρροια <input type="checkbox"/> Άλλο:	
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση (σταθερό/κινητό):	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Ορολογικός έλεγχος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται Μέθοδος:	
4.2 Ανίχνευση παρασίτου σε βιοψία μυός: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.4 Είδος/γονότυπος <i>Trichinella</i> :	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	