

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, ΟΞΕΙΑ

► 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: ____/____/____ | EAN ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών <small>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small> | 1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ |
| 1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός): | ► Δήμος: | <input type="checkbox"/> Άστεγος |
| ► 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 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά: | |
| 2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού; | |
| 2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από: | → Αφίξη: ____/____/____ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small> |
| ► Μετανάστης/Πρόσφυγας; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα; | → Από πότε: ____/____/____ <small>ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small> |
| 2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά; | |
| 2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; <small>(κατά τις 2-6 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)</small> | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: | → Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small> |
| 2.7 Εργάζεται σε βρεφονηπιακό σταθμό; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό; | |
| 2.8 Εργάζεται σε χειρισμό τροφίμων; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού; | |
| 2.9 Εμβολιασμός για Ηπ. Α; | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ | → Αριθ. δόσεων: |

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

| | |
|--|---|
| 3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ | ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ <u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u> <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό |
| 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ EAN ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: | |
| 3.3 Ίκτερος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | 3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ |
| 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: | |

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Hπ. Α | 4.1 Ολικό anti-HAV: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ | 4.2 anti-HAV IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ |
| Hπ. Β | 4.3 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ | 4.4 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ |
| Hπ. C | 4.5 anti-HCV (ΕΙΑ): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ | 4.6 Άλλο εύρημα: |
| Βιοχημ. | 4.7 SGOT/AST (U/L): | 4.8 SGPT/ALT (U/L): |
| ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: | | Υπογραφή (& σφραγίδα): |