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

ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ

► **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 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ→ **Ποιό/ά;** .....

2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ→ **Πού;** .....

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

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

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

2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ→ **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** __ __ / __ __ / __ __ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.7 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; ☐ ΟΧΙ ☐ Αγρότης ☐ Κτηνοτρόφος

☐ Κρεοπώλης / σφαγείο ☐ Σε αποχετεύσεις ☐ Άλλο → .....

2.8 Δραστηριότητα υψηλού κινδύνου; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ Κυνήγι ☐ Κατασκήνωση κ.ά. ☐ Σπορ σε ποτάμια / λίμνες

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** ☐ **Πιθανό**

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

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

3.3 Σε ανοσοκαταστολή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Αιτία:** .....

3.4 Εκδηλώσεις: ☐ Ίκτερος ☐ Νεφρική ανεπάρκεια ☐ Ηπατική ανεπάρκεια

☐ Αιμορραγικό εξάνθημα ☐ Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα ☐ Άλλο → .....

3.5 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2 Ανίχνευση *Leptospira* με ανοσοφθορισμό: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

4.3 Ορολογική εξέταση: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ► **Μέθοδος:** .....

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

4.5 Ορότυπος λεπτόσπειρας: .....

► 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.