



ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ **ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: ___/___/___

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Μ Ο Ρ Φ Η Ν Ο Σ Ο Υ			
<input type="checkbox"/> Σπλαχνική	<input type="checkbox"/> Δερματική	<input type="checkbox"/> Πρώτη εκδήλωση νόσου	<input type="checkbox"/> Υποτροπή
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ___/___/___	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: _____	<small>ΕΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ (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:	
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;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	
2.2 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ηρθε από:	→ Άφιξη: ___/___/___	<small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
► Μετανάστης/Πρόσφυγας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα:	→ Από πότε: ___/___/___	<small>ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
2.3 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:	
2.4 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; <small>(κατά τους 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου)</small>	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε (ημερ. άφιξης στην Ελλάδα):	
2.5 Πρόσφατη πολυήμερη διαμονή σε άλλες περιοχές της χώρας; <small>(κατά τους 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου)</small>	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιές: α)	β)	
2.6 Υπάρχει σκύλος στο σπίτι;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Έχει/είχε Καλα-azar;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ γνωστό	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
	→ Δόθηκε οδηγία για κτηνιατρικό έλεγχο του σκύλου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2.7 Υπάρχουν σκνίπες στην περιοχή κατοικίας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		
Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α		<small>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</small>	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___		<input type="checkbox"/> Κατάταξη κρούσματος:	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Ημ/νία διάγνωσης: ___/___/___			
3.3 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		→ Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___	
3.4 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	
3.5 Προηγούμενο ιστορικό λείσμανιάσης;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε:	
3.6 Εκδηλώσεις:	<input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ηπατο- ή σπληνομεγαλία <input type="checkbox"/> Διόγκωση λεμφαδένων <input type="checkbox"/> Απώλεια βάρους		
	<input type="checkbox"/> Δερματικές οζώδεις βλάβες <input type="checkbox"/> Δερματικές ελκώδεις βλάβες <input type="checkbox"/> Πτώση σειρών αίματος		
3.7 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:			
Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α			
4.1 Μικροσκοπική εξέταση σε:	► Υλικό:	<input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.2 Ανίχνευση DNA λείσμανίας (PCR) σε:	► Υλικό:	<input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Ορολογική εξέταση:	<input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ	► Ορολογική Μέθοδος:	
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		
4.5 Είδος λείσμανίας:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			