

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΠΥΡΕΤΟΣ Q, ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Ο Ε Ν Η Σ	
1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο: _____ ► Όνομα: _____
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μνηών 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 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από: _____	→ Αφιξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
► Μετανάστης/Πρόσφυγας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα; _____	→ Από πότε; ____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.3 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.4 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: _____
	→ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Κτηνοτρόφος <input type="checkbox"/> Κρεοπώλης/σφαγείο <input type="checkbox"/> Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Αγρότης <input type="checkbox"/> Άλλο→
2.6 Επαφή με αγροτικά κατοικίδια ζώα; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-πού-πότε;
2.7 Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<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;	Κατάταξη <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη	
3.4 Κύριες εκδηλώσεις:	
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	
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό: _____	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 PCR κλινικού δείγματος: ► Υλικό: _____	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.3 Ορολογική εξέταση:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε ► Μέθοδος:
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.5 Είδος/τύπος παθογόνου:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	