

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Ημ/νία δήλωσης:

Μονάδα ή ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| 1. Α Σ Θ Ε Ν Η Σ (Κυκλώστε) | | | |
| 1.1. Επώνυμο: | | Όνομα: | ΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΑ/ΔΙΚΑ: |
| 1.2. Ημ/νία γέννησης: | | Η ηλικία: ετών μηνών ημερών (Κυκλώστε) | 1.3 Φύλο: Α Θ |
| 1.4. Κατοικία: νομός/πόλη: | | Άστεγος ... Άλλο: | |
| Οδός/Αριθμός: | | Τ.Κ.: | Τηλ.: |
| 1.5. Αλλοδαπός; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας. Άλλο: | | Χώρα: | Άφιξη στην Ελλάδα (έτος): |
| 1.6. Εργασία ΟΧΙ ▶ Άνεργος. Οικιακά. Συνταξιούχος. Άλλο: | | | |
| ΝΑΙ ▶ Επαγγελματίας υγείας. Προσωπικό δομής κράτησης/φιλοξενίας. Εκπαιδευτικός/Νηπιαγωγός. Άλλο: | | | |
| Χώρος Εργασίας (επωνυμία): | | | |
| 1.7. Ενασχόληση με κτηνοτροφία: ΝΑΙ ΟΧΙ | | | |
| 2. Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ : (Κυκλώστε) | | | |
| 2.1. Σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Σχέση: | | Πότε; | |
| 2.2. Πηγαίνει παιδ. σταθμό/σχολείο/σχολή; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Ποιο; | | | |
| 2.3. Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Ποια; ROMA Άλλη: | | | |
| 2.4. Γέννηση / Διαμονή >1 μήνα σε χώρα με υψηλή επίπτωση TB; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Ποια; | | | |
| 2.5. Ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Πού; Γηροκομείο/Ίδρυμα Δομή μεταναστών Φυλακή Άλλο: | | | |
| 2.6. Ανοσοκαταστολή; ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Νόσημα: | | | |
| 2.7. Άλλη αιτία που ευνοεί ενεργοποίηση λανθάνουσας TB, π.χ. Σ.Δ., ΧΝΑ: ΟΧΙ ΝΑΙ ▶ Ποια; | | | |
| 2.8. Έγινε έλεγχος HIV; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ | | 2.9. Έχει γίνει BCG; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ ▶ Πότε (έτος); | |
| 2.10. Διάγνωση στο πλαίσιο: Συμβατής συμπτωματολογίας. Προσυμπτωματικού ελέγχου για TB. Ελέγχου επαφών. Άλλο: | | | |
| 3. Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α (Κυκλώστε) | | | ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΠΟ ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ |
| 3.1. Έναρξη συμπτωμάτων: | | 3.2. Νοσηλεία: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ | |
| Νοσοκομείο: | | Ημ/νία εισαγωγής: | |
| 3.3. Mantoux: mm | | 3.4. IGRA: ΘΕΤ ΑΡΝ ΟΡΙΑΚΟ/ΑΔΙΕΥΚΡΙΝ | |
| 3.5. Α/α θώρακος: ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΓΝ Έκταση: Περιορισμένη Εκτεταμένη Σπήλαιο: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ Κεχροειδής: ΟΧΙ ΝΑΙ | | | |
| 3.6. Εντόπιση νόσου: Πνευμονική Εξωπνευμονική ▶ Εντόπιση: | | | |
| Πλευρίτιδα Αδενική: ενδοθωρακική / εξωθωρακική ΚΝΣ: μηνίγγες / εκτός μηνίγγων Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ / εκτός ΣΣ Πεπτικό | | | |
| Ουρογεννητικό Διάσπαρτη Άλλη: | | | |
| 3.7. Προηγούμενη θεραπεία; ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) ΑΓΝ ΝΑΙ (προηγηθείσα θεραπεία) ▶ Πότε (έτος); | | | |
| Έκβαση προηγ. θεραπείας: Ίαση/Ολοκλήρωση Αποτυχία αγωγής Διακοπή αγωγής Χάθηκε από παρακολούθηση ΑΓΝ | | | |
| 3.8. Αντιφυματική αγωγή: INH RIF ETH PYR Άλλο: | | 3.9. Ημ/νία έναρξης: | |
| 3.10. Κατάσταση ασθενούς κατά τη δήλωση: Εν ζωή Θάνατος ▶ Ημ/νία θανάτου: | | | |
| Θεράπων ιατρός: | | Υπογραφή, σφραγίδα: | |
| Τηλ. επικοινωνίας: | | | |
| Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α (Κυκλώστε) | | | |
| 4.1. Υλικό/ά: | | 4.2. Μικροσκοπική: | |
| 4.3. Μοριακός έλεγχος: | | 4.4. Καλλιέργεια: | |
| 1. | | ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ | |
| 2. | | ΟΧΙ ΘΕΤ ΑΡΝ ΑΝΑΜ ΑΓΝ | |
| 4.5 Εργαστήριο: | | 4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: ADA... Ιστολογικά: Άλλο: | |
| 4.7 Είδος μυκοβακτηριδίου: | | 4.8. Ευαισθησία: ΑΝΑΜ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟ RIF-R MDR XDR | |
| Εργαστηριακός ιατρός: | | Υπογραφή, σφραγίδα: | |
| Τηλ. επικοινωνίας: | | | |
| ΣΧΟΛΙΑ: | | | |