ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Πρόληψης HIV/AIDS & ΣΜΝ
Αγράφων 3,5, Μαρούσι ΤΚ 15123

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τηλ: 210 5212131,351
e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΟΣ ΜΡΟΧ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** .....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1.1 ► Επώνυμο (αρχικά-2 γράμματα): **►Όνομα (αρχικά-2 γράμματα):**

1.2 Ημ/νία γέννησης: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** ⌊_⌋ ετών ⌊_⌊_⌋ μηνών ⌊_⌊_⌋ ημερών *(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)* **1.3 Φύλο** ☐Άνδρας ☐Γυναίκα ☐Άλλο

1.4 Τόπος διαμονής: ►Περιφ. Ενότητα (Νομός): **► Πόλη/Χωριό:**

1.5 Χώρα γέννησης: ☐ Ελλάδα. ☐ Αλλού**: .....1.6 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα**; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ**→ Χώρα**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Σύνδεση με άλλο κρούσμα[1]; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **→ Σχέση;** .....

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

2.3 Ανοσοκαταστολή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Αν ναι, προσδιορίστε: .....

2.4 HIV status: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝΩΣΤΟ

2.5 Άτομο με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους[2]: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

2.6 Εγκυμοσύνη: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Αν ναι, τρίμηνο κύησης: .....

2.7 Επαγγελματίας υγείας: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Προσδιορίστε: ..... **8 Εκδιδόμενο άτομο:** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.2. Κλιν. εκδηλώσεις:

☐ Πυρετός/ ±Ρίγος ☐ Μυαλγίες ☐ Λεμφαδενοπάθεια εντοπισμένη ☐ Λεμφαδενοπάθεια γενικευμένη

☐ Καταβολή ☐ Βήχας ☐ Έμετος/Ναυτία ☐ Επιπεφυκίτιδα ☐ Πρωκτίτιδα ☐ Διάρροια

☐ Εξάνθημα περιγεννητικής περιοχής ☐ Εξάνθημα στη στοματική κοιλότητα

☐ Εξάνθημα σε άλλα σημεία (προσδιορίστε):.....

☐ Άλλα συμπτώματα (προσδιορίστε):.....

→ **Οι δερματικές βλάβες είναι στο ίδιο στάδιο ανάπτυξης;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

→ **Ημ/νία εμφάνισης πυρετού** (>38^0 C): ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ **Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.3 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

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

►Νοσηλεία σε ΜΕΘ ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **→Ημ/νία εισαγωγής σε ΜΕΘ:**

3.4 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Εάν ναι, προσδιορίστε:

3. 5.Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος **Ημ/νία θανάτου:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 PCR: **►Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2.Clade: **4.3: Αλληλούχιση γονιδιώματος NGS:**

► Ο/η θεράπων/εργαστηριακός ιατρός:

► Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

1 Πιθανό ή επιβεβαιωμένο (βάσει του ορισμού κρούσματος), κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων

2 Ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού

Το παρόν δύναται να συμπληρωθεί από τον/την θεράποντα/ουσα ή/και από τον/την εργαστηριακό/ή ιατρό