

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΙΠΗ

► 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;			▶ Επάγγελμα:		
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ Σ					
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Σχέση;			
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιόά;			
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πού;			
2.4 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ήρθε από:		→ Αφιξη: ____/____/____ 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 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:		→ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.7 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο)		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →		Ημερομηνία ____/____/____	
2.8 Επαφή με άγρια ή οικόσιτα ζώα ή πτηνά μέχρι και 7 μέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Τι;			
Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α				ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____				ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ				Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:				→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
▶ Νοσηλεία σε ΜΕΘ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ				→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις ή Συμπτώματα:					
3.4 Υποκειμένα νοσήματα:					
3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία λογενής/βακτηριακή ☐ Εκδηλώσεις ΚΝΣ ☐ Μυοκαρδίτιδα/Περικαρδίτιδα ☐ Διασωλήνωση					
☐ Ραβδομύολυση/ Μυοσίτιδα ☐ Πολυοργανική Ανεπάρκεια/Σήψη ☐ Άλλη →					
3.6 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ▶ Υλικό:		☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Ανα-μένεται			
4.2 Έλεγχος αντιγόνου: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε		4.3 Ανίχνευση RNA του ιού: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε			
4.4 Τύπος/υπότυπος ιού:					
4.5 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιό;				Υπογραφή (& σφραγίδα): ▶	
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:					