

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ8
ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Ν Ο Σ Η Μ Α			
<input type="checkbox"/> Ιλαρά	<input type="checkbox"/> Ερυθρά	<input type="checkbox"/> Παρωτίτιδα	<input type="checkbox"/> Ανεμευλογιά με επιπλοκές

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: ► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ Η ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών

1.3 Φύλο: Άρρεν Θήλυ

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ
ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)

(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: ► Πόλη/χωριό:

Στοιχεία για
επικοινωνία:

► Δ/νση:

► Τηλ.:

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; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή
ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο

2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;
(κατά τις 3 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:

2.6 Εμβολιασμός με MMR; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημερομηνία
τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:

2.7 Μονοδύναμο εμβόλιο;
(για νόσημα που δηλώνεται) ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημερομηνία
τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη
κρούσματος: Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό
 Ενδεχόμενο

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ειδική κατάσταση: Ανοσοκαταστολή Εγκυμοσύνη Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογιά)

3.4 Κύριες εκδηλώσεις:

3.5 Επιπλοκές: Πνευμονία Από ΚΝΣ →

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 Ορολογική εξέταση: IgG: APN 1 εξέταση θετική 4πλασιασμός τίτλου Δεν έγινε Αναμένεται

IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Αναμένεται

4.2 IgM (+) στο σάλιο

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

