ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 388**
Τηλ.: **210 5212 372**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΤΕΤΑΝΟΣ, ΚΟΚΚΥΤΗΣ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ___ / ___ / ___

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

ΝΟΣΗΜΑ

☐ Τέτανος | ☐ Τέτανος, νεογνικός (ηλικία <1 μηνός) | ☐ Κοκκύτης

ΑΣΘΕΝΗΣ

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;** .....

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση;** .....

2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό/ά;** .....

2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Πού;** .....

2.4 Είναι: ► **Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ήρθε από:** ..... → **Άφιξη:** ___ / ___ / ___ (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 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** ___ / ___ / ___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.7 Εμβολιασμός με DTP / DTaP; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ___ / ___ / ___ → Αριθ. δόσεων: .....

2.8 Εμβολιασμός με TdaP; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ___ / ___ / ___ → Αριθ. δόσεων: .....

2.9 Εμβολιασμός με DT / Td / Te; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ___ / ___ / ___ → Αριθ. δόσεων: .....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___ / ___ / ___

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό** ☐ **Ενδεχόμενο**

3.3 Κύριες εκδηλώσεις: .....

3.4 Επιπλοκές: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** ___ / ___ / ___

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2 Ag κοκκύτη: ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.3 PCR για Bordetella Pertussis: ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.4 Είδος παθογόνου: .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.