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

ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** __ __ / __ __ / __ __

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

Ν Ο Σ Η Μ Α

☐ Ιλαρά ☐ Ερυθρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ανεμευλογιά με επιπλοκές

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;** .....

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 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 MMR/MMRV; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: __ __ / __ __ / __ __ → Αριθ. δόσεων: .....

2.8 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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

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

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: __ __ / __ __ / __ __

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

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

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

3.4 Κύριες εκδηλώσεις: .....

3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία ☐ Από ΚΝΣ → **Τι;** .....

☐ Άλλη → .....

3.6 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** __ __ / __ __ / __ __

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

4.1 Εργαστήριο: ..... **Ημ/νία λήψης δείγματος:** __ __ / __ __ / __ __

Ημ/νία εργαστηριακού αποτελέσματος δείγματος: __ __ / __ __ / __ __

4.2 Ορολογική εξέταση: **IgG:** ☐ ΑΡΝ ☐ 1 εξέταση θετική ☐ 4πλασιασμός τίτλου ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: PCR: ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ

► 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.