

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΙΣΤΕΡΙΩΣΗ

► 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: ____	ΕΤΩΝ μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Αστέγος	
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.:	► Τηλ.:
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά;	
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού;	
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από:	→ Αφίξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
► Μετανάστης/Πρόσφυγας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα;	→ Από πότε: ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά;	
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό ¹ ;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	→ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.7 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Κτηνοτρόφος <input type="checkbox"/> Κρεοπώλης/σφαγείο <input type="checkbox"/> Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Αγρότης	<input type="checkbox"/> Άλλο →	
2.8 Επαφή με χώματα, κοπριά κτλ; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε;	
2.9 Κατανάλωση ύποπτου τροφίμου; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αν ναι, τι;	<input type="checkbox"/> Μαλακό τυρί <input type="checkbox"/> Αλλαντικά/Επεξεργασμένο κρέας	<input type="checkbox"/> Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά <input type="checkbox"/> Άλλο
Διευκρινίστε (τι, πού, πότε):			
2.10 Εάν νεογνό, είχε η μητέρα στην εγκυμοσύνη:	► Εμπύρετο νόσημα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πότε: ____/____/____	
	► Λιστερίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πότε: ____/____/____	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ		
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο <input type="checkbox"/> Πιθανό		
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____		
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Υποκείμενο νόσημα	→ Τι:		
<input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη → <input type="checkbox"/> Αποβολή/θνησιγένεια <input type="checkbox"/> Προωρότητα → Ηλικία κύησης: ____ εβδ. <input type="checkbox"/> Μητέρα μετά τον τοκετό(≤6 εβδ)			
3.4 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλες εκδηλώσεις από ΚΝΣ	→ Τι:		
<input type="checkbox"/> Γριπώδης συνδρομή <input type="checkbox"/> Σηψαιμία <input type="checkbox"/> Άλλες	→ Τι:		
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____		

► Ο/η θεράπων ιατρός:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.2 PCR κλινικού δείγματος: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):	
4.4 Στάλθηκε το στέλεχος σε Κέντρο Αναφοράς; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιο;	►	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		

¹ Κατά τους 2 μήνες πριν την έναρξη της νόσου. Για κρούσματα με εκδηλώσεις από το ΚΝΣ ή βακτηριαμία, πρόσφατο ταξίδι θεωρείται αυτό που έχει γίνει κατά τις δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της νόσου.