



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ

1. Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

A/α _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

2. Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

3.1 Ημερομηνία γέννησης: _____ ή 3.2 Ηλικία _____ 4. Φύλο: Άρρεν Θήλυ

5. Τόπος κατοικίας ► 5.1 Περιφερειακή Ενότητα: _____ 5.2 Δημοτική Ενότητα: _____

5.3 Πόλη / Χωριό: _____ Στοιχεία επικοινωνίας ► 5.4 Διεύθυνση: _____

5.5 Σταθερό τηλέφωνο: _____ 5.6 Κινητό τηλέφωνο: _____

6. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ:

6.1 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν νοσηλεία ► 6.2 Νοσοκομείο:

6.3 Ημερομηνία εισαγωγής: _____

Ημερομηνία δήλωσης: _____ (συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)

6.4 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε: _____

7. Κύριο επάγγελμα:

Αγρότης

Κτηνοτρόφος

Κτηνίατρος

Βοηθός κτηνιάτρου

Σφαγέας

Εργάτης στην αποκομιδή σκουπιδιών

Κηπουρός

Μανάβης

Άλλο ► Προσδιορίστε: _____

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Ζωοανθρωπονόσων

2108899045,135,136

zoonoses@eody.gov.gr



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

8. **Αγροτική εργασία** ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, είδος _____ περιοχή/ές _____
9. **Εργασίες τρύγου** ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, περιοχή/ές _____
10. **Κτηνοτροφική εργασία** ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, είδη αγροτικών ζώων: Πρόβατα Αίγες
Χοίροι Βοοειδή Όρνιθες Άλλο Περιοχή/ές _____
11. **Διάγνωση λεπτοσπείρωσης στα δικά μου αγροτικά ζώα** ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
Αν ΝΑΙ, πότε _____
12. **Κυνήγι** ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, περιοχή/ές _____
13. **Μάζεμα ξύλων** ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, περιοχή/ές _____
14. **Χειρωνακτική εργασία σε λασπόνερα ή στάσιμα ή πλημμυρισμένα νερά** ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, περιοχή/ές _____
15. **Χειρωνακτική εργασία σε αποχετευτικά δίκτυα ή σκαπτικές-υδραυλικές εργασίες** ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, περιοχή/ές _____
16. **Εφαρμογή μέσων ατομικής προστασίας (π.χ. αδιάβροχων γαντιών) στις χειρωνακτικές εργασίες**
ΝΑΙ ΟΧΙ
17. **Κατοχή σκύλου** ΝΑΙ ΟΧΙ
18. **Επαφή με σκύλο** ΝΑΙ ΟΧΙ
19. **Καπνιστής** ΝΑΙ ΟΧΙ
20. **Κάπνισμα τσιγάρου** κατά τις χειρωνακτικές εργασίες ΝΑΙ ΟΧΙ
21. **Ανοικτές πληγές, τραύματα, δερματική νόσος στα άκρα** ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, προσδιορίστε _____
22. **Κατανάλωση άπλυτων φρούτων, λαχανικών επιτόπου στο χωράφι** ΝΑΙ ΟΧΙ
23. **Κατανάλωση φαγητού ή ποτού που φέρνει μαζί κατά τη διάρκεια των χειρωνακτικών εργασιών σε κτήμα ή αυλή** ΝΑΙ ΟΧΙ
24. **Ψυχαγωγική δραστηριότητα σε γλυκά ύδατα (ποτάμια, λίμνες κλπ.)** ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, τι _____ Περιοχή/ές _____
25. **Άλλα συμβάντα** που μπορεί να συνδέονται με τη μετάδοση της νόσου:

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/νση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Ζωοανθρωπονόσων

2108899045,135,136

zoonoses@eody.gov.gr



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΥΤΟΨΙΑ ΧΩΡΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Ή / ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Παρατηρήσεις _____

26. Ύπαρξη στάσιμων νερών στον χώρο κατοικίας/εργασίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

27. Ύπαρξη τρωκτικών στον χώρο εργασίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

28. Ύπαρξη τρωκτικών στον χώρο κατοικίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

29. Εφαρμογή μυοκτονιών στον χώρο εργασίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

30. Εφαρμογή μυοκτονιών στον χώρο κατοικίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

31. Κτηνοτροφικές Μονάδες στον χώρο εργασίας/κατοικίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

32. Παρουσία αποθηκευμένων ζωοτροφών, σωρών ξύλων, απορριμμάτων και γενικά εστιών ανάπτυξης τρωκτικών στον τόπο εργασίας/κατοικίας ΝΑΙ ΟΧΙ Άγνωστο

Παρατηρήσεις _____

Υπεύθυνος της διερεύνησης: _____

Ιδιότητα: _____

Υπηρεσία: _____

Στοιχεία επικοινωνίας: _____

Υπογραφή

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Ζωοανθρωπονόσων

2108899045,135,136

zoonoses@eody.gov.gr