

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ7

ΓΡΙΠΗ

(Κρούσμα με εργαστηριακή επιβεβαίωση ή σύνδεση με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά)

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

NOM

που δηλώνει το κρούσμα:

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.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:

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

2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →

2.4 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:

2.5 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο) ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημ/νία εμβολιασμού: ____/____/____

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 ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

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

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Επιβεβαιωμένο

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

Κατάταξη
κρούσματος: Ενδεχόμενο

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Κύριες εκδηλώσεις:

3.4 Επιδείνωση υποκείμενου νοσήματος; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι:

3.5 Άλλες επιπλοκές: Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής)

Εγκεφαλοπάθεια 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Αναμένεται

4.2 Έλεγχος αντιγόνου: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.3 Έλεγχος αντισωμάτων: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.4 Ανίχνευση RNA του ιού: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.5 Τύπος/υπότυπος ιού:

4.6 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς: ΟΧΙ ΝΑΙ

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: