

Ερωτηματολόγιο διερεύνησης κρούσματος Ηπατίτιδας Α

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το κρούσμα ηπατίτιδας Α και όχι αυτόν που πιθανόν απαντάει στο ερωτηματολόγιο εκ μέρους του ασθενή.

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο: Όνομα:

Ημερομηνία γέννησης:/...../.....

Ηλικία: _____ έτη

Ηλικία: _____ μήνες (σε περίπτωση ηλικίας < 1 έτους)

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Διεύθυνση κατοικίας: Νομός κατοικίας:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Επάγγελμα (συγκεκριμένα, όχι δημόσιος ή ιδιωτικός υπάλληλος):.....

Εθνικότητα:.....

Αθίγγανος: Όχι Ναι

Όνοματεπώνυμο (σε περίπτωση που το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από κάποιον άλλον):
.....

Β) ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

1. Παρουσιάσατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα της ηπατίτιδας Α;

Ίκτερος Όχι Ναι Αν ναι → Ημ/νία εμφάνιση:/...../.....

Ναυτία Όχι Ναι

Έμετοι Όχι Ναι

Διάρροια Όχι Ναι

Κοιλιακό άλγος Όχι Ναι

Πυρετός Όχι Ναι

Ανορεξία Όχι Ναι

Αρθραλγία Όχι Ναι

Κόπωση Όχι Ναι

Άλλα συμπτώματα → Προσδιορίστε:

Ημ/νία έναρξης πρώτου συμπτώματος:/...../.....

Διάρκεια συμπτωμάτων: ημέρες

2. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε για τα συμπτώματα αυτά;

Όχι Ναι Αν ναι → Ημ/νία εισαγωγής:/...../..... Νοσοκομείο/Κ.Υ:

Διάρκεια νοσηλείας:ημέρες

Έκβαση: ίαση ακόμα ασθενής θάνατος

3. Υπήρξε άτομο στο περιβάλλον σας που νόσησε με παρόμοια συμπτώματα;

Όχι Ναι

Αν ναι →

Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Μοιραζόσασταν την ίδια τουαλέτα;	Μοιραζόσασταν σκεύη κουζίνας;	Είχατε σεξουαλική επαφή μαζί του/της;
			<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
			<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
			<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
			<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
			<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν στο διάστημα 2 εβδομάδες-2 μήνες πριν από την έναρξη συμπτωμάτων

4. Από πού καταναλώσατε νερό κατά το διάστημα αυτό;

Βρύση Όχι Ναι

Πηγή Όχι Ναι

Πηγάδι Όχι Ναι

Παγάκια Όχι Ναι

Εμφιαλωμένο νερό Όχι Ναι Αν ναι → Μάρκα.....

Άλλο:

5. Εργάζεστε ως χειριστής τροφίμων;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε όνομα εργασιακού χώρου, διεύθυνση, τηλ.:

.....
.....

6. Υπάρχει στο οικογενειακό σας περιβάλλον εργαζόμενος ως χειριστής τροφίμων;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε όνομα εργασιακού χώρου, διεύθυνση, τηλ.:

.....
.....

7. Σε περίπτωση που το κρούσμα είναι <18 ετών:

Φοίτηση σε:

Βρεφονηπιακό/παιδικό σταθμό Όχι Ναι

Σχολείο Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε όνομα σταθμού/σχολείου, διεύθυνση, τηλ.:

.....
.....

8. Εργάζεστε σε βρεφονηπιακό / παιδικό σταθμό ή σχολείο;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε όνομα σταθμού/σχολείου, διεύθυνση, τηλ.:

.....
.....

9. Υπάρχει στο οικογενειακό σας περιβάλλον παιδί ή εργαζόμενος σε βρεφονηπιακό/παιδικό σταθμό ή σχολείο;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε όνομα σταθμού/σχολείου, διεύθυνση, τηλ.:

.....
.....

10. Παραβρεθήκατε σε κοινωνικές συνεντεύξεις (πχ: γάμος, πάρτυ) το διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε:..... Ημ/νία:...../...../.....

..... Ημ/νία:...../...../.....

..... Ημ/νία:...../...../.....

11. Ταξιδέψατε στο εξωτερικό το διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε (χώρα/ες):..... Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

12. Ταξιδέψατε στο εσωτερικό στο διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε (περιοχή/ές):..... Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

13. Διαμείνατε σε χώρο ομαδικής διαβίωσης (κατασκήνωση, στρατόπεδο, ξενώνας, ίδρυμα, φοιτητική εστία κτλ) το διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

Αν ναι → προσδιορίστε: Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

..... Από/...../..... Έως...../...../.....

14. Κάνατε χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών το διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

15. Είχατε σεξουαλική ομοφυλοφιλική επαφή το διάστημα αυτό;

Όχι Ναι

16. Καταναλώσατε κάποιο από αυτά τα τρόφιμα που αναγράφονται στον πίνακα στο διάστημα 2 εβδομάδες – 2 μήνες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων;

Τρόφιμο	Κατανάλωση	Αγοράστηκε 1=ωμό+φρέσκο 2=ωμό+κατεψυγμένο 3=προμαγειρεμένο 4=οικόσιτο	Μάρκα (σε περίπτωση προϊόντος εμπορίου)	Καταναλώθηκε 1=ωμό, 2=μέτρια μαγειρεμένο, 3=καλά μαγειρεμένο	Συχνότητα κατανάλωσης	Ημ/νία κατανάλωσης, εάν η συχνότητα = 1 φορά	Τόπος κατανάλωσης
Κρέας μοσχαρίσιο	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Κρέας χοιρινό	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Κοτόπουλο	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Αρνί/κατσίκι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Κονσέρβα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Πατέ συκωτιού	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Αλλαντικά	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Γλυκά	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Παγωτά	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Λιαστές ντομάτες	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Φράουλες	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Σταφύλι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Μαύρα μούρα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Άλλα φρούτα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Αποξηραμένα φρούτα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Μαρούλι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Ντομάτα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Λάχανο	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Ρόκα	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Άλλα ωμά λαχανικά Θαλασσινά (χαταπόδι, καλαμαράκι, σουπιά, κ.α.)	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Οστρακοειδή (μύδια, στρείδια, κυδώνια, γαλιστερές, κ.α.)	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....
Άλλο(προσδιορίστε.....)	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι			<input type="checkbox"/> 1 φορά <input type="checkbox"/> 2-3φορές <input type="checkbox"/> ≥4 φορές		.....

Γ) ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΑΦΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ - 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΕΩΣ ΚΑΙ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ -

Μέλη της οικογένειας του ασθενή και άτομα που μοιράζονται το ίδιο οικιακό περιβάλλον (Άτομα που διαμένουν στο ίδιο σπίτι/δωμάτιο με το κρούσμα ή χρησιμοποιούν την ίδια κουζίνα/τουαλέτα με αυτό, μέλη της ευρύτερης οικογένειας που επισκέπτονται συχνά το σπίτι και άτομα που παρέχουν φροντίδα στα παιδιά της οικογένειας).					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
Άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή με τον ασθενή					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
Άτομα που ήρθαν σε στενή κοινωνική επαφή με τον ασθενή (φίλοι, συγγενείς, συνάδελφοι, κ.α.)					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Δ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ ΕΙΝΑΙ:

Δ1. Χειριστής τροφίμων

Άτομα που έφαγαν φαγητό προετοιμασμένο από τον πάσχοντα					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Δ2. Χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών

Άτομα που έκαναν κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών με αυτόν					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Δ3. Ασθενής που πηγαίνει / εργάζεται σε βρεφονηπιακό σταθμό

Όλα τα παιδιά και οι εργαζόμενοι του βρεφονηπιακού σταθμού					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Δ4. Ασθενής που πηγαίνει / εργάζεται σε παιδικό σταθμό

Όλα τα παιδιά και οι εργαζόμενοι του ίδιου τμήματος με το κρούσμα					
Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο	Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)	Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α	Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
		/...../.....	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.

Μπορούμε να σάς ξαναενοχλήσουμε σε περίπτωση που χρειαστεί για να συλλέξουμε περισσότερες πληροφορίες;

Όχι Ναι