

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5  
**ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

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

NOM

--

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>	
1.1 Επώνυμο: .....	► Όνομα: .....
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Ή Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> 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/ση: .....	► Τηλ.: .....

<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ</b>	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση: .....	
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά; .....	
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά; .....	
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: .....	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο	ΕΑΝ ΜΕΤΑ-ΝΑΣΤΗΣ: ► Σε Ελλάδα από (έτος): ____
2.5 Έχει γίνει BCG; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος); ____	► Έχει ουλή από BCG; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ

<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Βέβαιο
3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αμφίβολο <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Μη βέβαιο
3.3 Α/α θώρακος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ → Α) Έκταση: <input type="checkbox"/> Περιορισμένη <input type="checkbox"/> Εκτεταμένη		Β) Σπήλαιο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3.4 Εντόπιση νόσου: <input type="checkbox"/> Πνευμονική <input type="checkbox"/> Εξωπνευμονική → Πού εντοπίζεται; <input type="checkbox"/> Πλευρίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλη εντόπιση: .....		<input type="checkbox"/> Διάσπαρτη <input type="checkbox"/> Πεπτικό <input type="checkbox"/> Ουρογεννητικό
<input type="checkbox"/> Αδενική ενδοθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: μήνιγγες <input type="checkbox"/> Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ		<input type="checkbox"/> Αδενική εξωθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων <input type="checkbox"/> Οστά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ
3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....		
3.6 Προηγθείσα θεραπεία; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (προηγθείσα θεραπεία) → Έκβαση: <input type="checkbox"/> Υποτροπή <input type="checkbox"/> Διακοπή αγωγής <input type="checkbox"/> Αποτυχία αγωγής		
3.7 Θεραπευτική αγωγή: <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> PYR <input type="checkbox"/> STR <input type="checkbox"/> Άλλο: .....		
3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: ..... μήνες		3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής: ____/____/____
3.10 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ολοκλήρωση αγωγής <input type="checkbox"/> Σε αγωγή <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____		

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

<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	
4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό: .....	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.2 Δόθηκε καλλιέργεια; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Εργαστήριο: .....	► Υλικό: .....
4.3 Καλλιέργεια: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Ανα-μένεται	4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....
4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου: .....	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....	