



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΚΑΜΠΥΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ

Ημερομηνία συνέντευξης:
Συνεντευξιαστής:
Συνεντευξιαζόμενος (αν το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από κάποιον άλλον):

Κλινικές εκδηλώσεις	
Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:	Ώρα:
Συμπτώματα	Ημερομηνία έναρξης
Διάρροια: <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> υδαρής <input type="checkbox"/> αιματηρή Διάρκεια διάρροιας (ημέρες): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Όχι	...../...../.....
Ναυτία:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Εμετός:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Πυρετός:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Κοιλιακό άλγος:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Λήθαργος:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Κεφαλαλγία:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Άλλο (καθορίστε):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι ...../...../.....
Συνολική διάρκεια συμπτωμάτων: ..... ώρες ..... ημέρες	
Νοσηλεία	
Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι

Εάν ναι, σε ποιο νοσοκομείο:	
Ημερομηνία εισαγωγής:	
Ημερομηνία εξιτηρίου/θανάτου:	
<b>Θεραπεία</b>	
Λάβατε αντιβίωση; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Εάν ναι, ποια αντιβίωση;
Λαμβάνετε ακόμη αντιβίωση; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Ημερομηνία λήξης θεραπείας με αντιβίωση: ...../...../.....
<b>Διερεύνηση επαφών</b>	
<b>Στο διάστημα των 10 ημερών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, ήρθατε σε επαφή:</b>	
-με μέλος της οικογένειας που είχε παρόμοια συμπτώματα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<i>Εάν Ναι σημειώστε στον ακόλουθο πίνακα</i>
-με φίλο ή συμμαθητή/ συνάδερφο με παρόμοια συμπτώματα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<i>Εάν Ναι σημειώστε στον ακόλουθο πίνακα</i>
<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Τηλέφωνο επικοινωνίας</b>
<b>Δέκα ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων:</b>	
-νόσησαν μέλη της οικογένειας με παρόμοια συμπτώματα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<i>Εάν Ναι σημειώστε στον ακόλουθο πίνακα</i>
-νόσησαν φίλοι, συμμαθητές/ συνάδερφοι με παρόμοια συμπτώματα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<i>Εάν Ναι σημειώστε στον ακόλουθο πίνακα</i>
<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Τηλέφωνο επικοινωνίας</b>

<b>Ιστορικό δραστηριοτήτων</b>	
Περιγράψτε τι από τα παρακάτω συνέβη κατά το διάστημα των 10 ημερών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων:	
<b>Δραστηριότητα</b>	<b>Λεπτομέρειες</b>
<b>Ταξίδι</b>	<input type="checkbox"/> Ναι -> <input type="checkbox"/> Εσωτερικού <input type="checkbox"/> Εξωτερικού <input type="checkbox"/> Όχι
	Περιοχές επίσκεψης _____
	Είδος καταλύματος _____
	Αερογραμμή _____ Αριθμός πτήσης _____
	_____

	Ημερομηνία αναχώρησης: ...../...../.....	Ημερομηνία επιστροφής: ...../...../.....
<b>Στενή επαφή με ζώα φάρμας</b> (συμπεριλαμβάνονται ζωολογικοί κήποι κτλ):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Περιγράψτε _____ Ημερομηνία...../...../..... _____ Τοποθεσία
<b>Διαμονή ή επίσκεψη σε αγροτική περιοχή</b> (π.χ. αγρόκτημα):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Περιγράψτε _____ Ημερομηνία...../...../..... _____ Τοποθεσία
<b>Επαφή με κατοικίδια ζώα</b> (συμπεριλαμβάνονται ψάρια και ερπετά):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Περιγράψτε _____ Τοποθεσία <input type="checkbox"/> Οικία <input type="checkbox"/> Άλλο _____ Ήταν το ζώο <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι άρρωστο;
<b>Κατανάλωση νερού από ιδιωτικό σύστημα ύδρευσης</b> (π.χ. πηγάδι):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Τύπος _____ Τοποθεσία _____ Επεξεργασία νερού <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
<b>Κατανάλωση νερού από δημόσιο σύστημα ύδρευσης</b> (π.χ. νερό βρύσης):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
<b>Κατανάλωση εμφιαλωμένου νερού;</b>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Μάρκα _____ Συχνότητα
<b>Προβλήματα με το σύστημα αποχέτευσης στο σπίτι:</b>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Είδος προβλήματος _____ Είδος συστήματος
<b>Κηπουρική – επαφή με χώμα γλάστρας ή κοπριά:</b>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Είδος
<b>Κολύμβηση ή θαλάσσια αθλήματα:</b>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Δραστηριότητα _____ Τοποθεσία _____ Ημερομηνία/-ες ...../...../.....
<b>Άλλος γνωστός παράγοντας κινδύνου</b> (π.χ. επαγγελματική έκθεση):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Καθορίστε

<b>Ιστορικό κατανάλωσης τροφίμων</b>	
Αν το κρούσμα δεν μπορεί να θυμηθεί τι κατανάλωσε στο διάστημα των 5 ημερών πριν τη νόσο, ζητήστε πληροφορίες σχετικά με το τι καταναλώνει συνήθως σε κάθε γεύμα, με όσες περισσότερες λεπτομέρειες γίνεται καθώς και τον αριθμό των ατόμων που συμμετείχαν σε κάθε γεύμα	
<b>1<sup>η</sup> ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων</b>	Ημερομηνία ...../...../.....
<b>Πρωινό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Μεσημεριανό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Δείπνο</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης

<b>Σνακ/ποτά</b>	Μάρκα και τοποθεσία κατανάλωσης
<b>2η ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων</b>	Ημερομηνία ...../...../.....
<b>Πρωινό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Μεσημεριανό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Δείπνο</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Σνακ/ποτά</b>	Μάρκα και τοποθεσία κατανάλωσης
<b>3η ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων</b>	Ημερομηνία ...../...../.....
<b>Πρωινό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Μεσημεριανό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Δείπνο</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Σνακ/ποτά</b>	Μάρκα και τοποθεσία κατανάλωσης
<b>4η ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων</b>	Ημερομηνία ...../...../.....
<b>Πρωινό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Μεσημεριανό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Δείπνο</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Σνακ/ποτά</b>	Μάρκα και τοποθεσία κατανάλωσης
<b>5η ημέρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων</b>	Ημερομηνία ...../...../.....
<b>Πρωινό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Μεσημεριανό</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Δείπνο</b>	Τοποθεσία κατανάλωσης
<b>Σνακ/ποτά</b>	Μάρκα και τοποθεσία κατανάλωσης

Καταναλώσατε νέα/διαφορετικά τρόφιμα πρόσφατα απ' ότι συνήθως;  Ναι  Όχι

Αν ναι, διευκρινίστε: \_\_\_\_\_

Ακολουθήσατε κάποια συγκεκριμένη δίαιτα τελευταία;  Ναι  Όχι

Αν ναι, διευκρινίστε: \_\_\_\_\_

Στο διάστημα των 10 ημερών πριν την εμφάνιση της νόσου, καταναλώσατε/αγοράσατε φαγητό από/σε:

	Όνομα-διεύθυνση καταστήματος	Είδος τροφίμου	Ημερομηνία
<b>Καφέ/εστιατόρια</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....
<b>Καταστήματα με</b>			

<b>takeaway</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....
<b>Πάρτυ με οικογένεια ή φίλους</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....
<b>Γιορτές ή εκδηλώσεις</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....
<b>Καταστήματα με τρόφιμα από διεθνείς κουζίνες (π.χ. κινέζικη)</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....
<b>Φάρμες ή παραγωγούς</b> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο			...../...../.....

Στα παραπάνω γεύματα υπήρχαν συνδαιτημόνες με συμπτώματα γαστρεντερίτιδας;

Ναι  Όχι  Άγνωστο

Αν ναι, σημειώστε στον ακόλουθο πίνακα:

Όνομα	Τηλέφωνο επικοινωνίας

Τι τρόφιμα καταναλώσατε 1-10 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;		
Τρόφιμο		Λεπτομέρειες (μάρκα, τοποθεσία αγοράς/κατανάλωσης, ημερ/νία κατανάλωσης)
Κοτόπουλο / προϊόντα κοτόπουλου	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Ολόκληρο κοτόπουλο/κομμάτια	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Κιμάς κοτόπουλου	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο	

	<input type="checkbox"/> Όχι	
Άλλο (καθορίστε)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Κατεψυγμένα επεξεργασμένα προϊόντα κοτόπουλου που μαγειρεύονται στο σπίτι, π.χ. φτερούγες, μπιφτέκια	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Χοιρινό	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Μοσχάρι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Μη παστεριωμένο γάλα ή γαλακτοκομικά προϊόντα (προσδιορίστε τον τόπο αγοράς)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Αυγά ή τρόφιμα που περιέχουν αυγά (από κάθε είδους πτηνά)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Ψάρια	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Άλλα θαλασσινά	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Ωμά φρούτα (διευκρινίστε)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	
Ωμά λαχανικά (διευκρινίστε)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Όχι	

Δημογραφικά στοιχεία	
Επώνυμο:	Όνομα:
Διεύθυνση κατοικίας:	
Πόλη κατοικίας:	
Όνομα γονέα/ κηδεμόνα (σε περίπτωση ανηλίκου):	
Τηλέφωνο:	
Φύλο: <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άρρεν	
Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία:	
Εθνικότητα:	

Επάγγελμα :
Ομάδα υψηλού κινδύνου; <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Διεύθυνση εργασίας, στοιχεία επικοινωνίας:
Τελευταία ημέρα εργασίας πριν την έναρξη των συμπτωμάτων:
Ημερομηνία επιστροφής στην εργασία:

---

<sup>1</sup> Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν οι χειριστές τροφίμων, εργαζόμενοι σε δομές υγείας, εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών, παιδιά σε δομές φροντίδας παιδιών και διαμένοντες σε ιδρύματα (π.χ. γηροκομεία).