

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ
ΟΞΕΙΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ (MERS-CoV)

► Νοσοκομείο:	► Κλινική:
► Όν/μο ιατρού:	► Τηλ. για επικοινωνία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:.....	Όνομα:
Ηλικία: ___/___ (έτη) Φύλο: <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ	Τόπος κατοικίας: ►
Εθνικότητα:.....	Περιφερειακή Ενότητα:.....
Επάγγελμα:.....	Δήμος:.....
Τηλ.ασθενούς:.....	Πόλη/χωριό:.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ

Ιστορικό ταξιδιού τις τελευταίες 14 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων στις χώρες της Αραβικής Χερσονήσου; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι: Χώρα ταξιδιού : Ημ/νία άφιξης στη χώρα ταξιδιού : ___/___/___ Ημ/νία αναχ/σης από τη χώρα ταξιδιού: ___/___/___ Τόπος διαμονής:
Στενή επαφή με πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα κατά την διάρκεια των συμπτωμάτων του κρούσματος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Ανήκει σε συρροή κρουσμάτων σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Νοσηλεία ατόμων με σοβαρή οξεία λοίμωξη αναπνευστικού που χαρακτηρίστηκαν πιθανά η επιβεβαιωμένα κρούσματα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Επαφή με ζώα (πχ. νυχτερίδες, καμήλες κλπ) ή/και κατανάλωση ωμών ή μη παστεριωμένων ζωικών προϊόντων κατά την διάρκεια του ταξιδιού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___	Πυρετός/ιστορικό πυρετού: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Βήχας: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Δύσπνοια: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Νεφρική ανεπάρκεια: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Πνευμονία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
ARDS: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Άλλο Τι ανοσοκαταστολή;
Ανοσοκαταστολή: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Μη ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή που δόθηκε για την αντιμετώπιση λοίμωξης του αναπνευστικού: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

<input type="checkbox"/> Υπό διερεύνηση	<input type="checkbox"/> Πιθανό	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
---	---------------------------------	--

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο: ___/___/___	
Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ___/___/___
Μπήκε σε αναπνευστήρα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημ/νία διασωλήνωσης: ___/___/___ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ___/___/___
Σύνδεση σε ECMO; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημ/νία σύνδεσης: ___/___/___
Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημερομηνία μεταφοράς: ___/___/___ Σε ποιο Νοσοκομείο:.....

ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ

<input type="checkbox"/> Ίαση	<input type="checkbox"/> Ακόμα ασθενής	<input type="checkbox"/> Θάνατος	Ημ/νία θανάτου: ___/___/___
-------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Αποστολή κλινικού δείγματος για MERS-CoV σε Εργαστήριο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο Ημερομηνία αποστολής : ___/___/___	Αν ναι, Τι: <input type="checkbox"/> ρινοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> ρινικό επίχρισμα/έκπλυμα <input type="checkbox"/> πτύελα <input type="checkbox"/> υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> υλικό βιοψίας τραχεία/πνεύμονα <input type="checkbox"/> Άλλο, Τι;.....	
Εργαστήριο αποστολής δείγματος:.....	Αποτέλεσμα:	Μέθοδος διάγνωσης:

