

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ**  
**ΜΗ ΤΥΦΟ-ΠΑΡΑΤΥΦΙΚΗΣ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗΣ**  
**Ερωτηματολόγιο για συνδαιτυμόνες κοινού γεύματος**

1) Παρουσιάσατε συμπτώματα γαστρεντερίτιδας κάποια από τις 3 ημέρες που ακολούθησαν το δείπνο της \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_; (εμέτους, διάρροιες, έντονο κοιλιακό πόνο κλπ.)

ΟΧΙ  ΝΑΙ

Εάν απαντήσατε "ΝΑΙ" στην Ερώτηση 1, παρακαλούμε συνεχίστε στην Ενότητα Α (και κατόπιν στη Β και Γ).  
Εάν απαντήσατε "ΟΧΙ" στην Ερώτηση 1, παρακαλούμε συνεχίστε κατευθείαν στην Ενότητα Β.

**Ε ν ό τ η τ α Α**

A1) Χρόνος έναρξης συμπτωμάτων: ► Ημερομηνία: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

► Ωρα:  12 μεσάνυχτα - 6 π.μ.  6 π.μ. - 12 μεσημέρι  12 μεσημέρι - 6 μ.μ.  6 μ.μ. - 12 μεσάνυχτα

A2) Ποιά από τα παρακάτω συμπτώματα παρουσιάσατε;

- Έμετοι: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Μέγιστος αριθμός εμέτων ανά ημέρα: . . . . .
- Διαρροϊκές κενώσεις: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Μέγιστος αριθμός διαρροιών ανά ημέρα: . . . . .
- Αιμορραγικές κενώσεις: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- Τάση προς έμετο / ναυτία: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- Κοιλιακός πόνος: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- Πυρετός: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Μέγιστος πυρετός: . . . . . °C
- Γενική αδιαθεσία / καταβολή δυνάμεων: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- Μυαλγία: . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ

A3) Διάρκεια συμπτωμάτων: . . . . . \_\_\_ ημέρες

A4) Επισκεφθήκατε γιατρό; . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ

A5) Νοσηλευθήκατε σε Νοσοκομείο/ Κέντρο Υγείας;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

Εάν "ΝΑΙ": ► Σε ποιό; .....

► Ημερομηνία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Διάρκεια νοσηλείας: ..... ημέρες

---

A6) Πήρατε κάποιο φάρμακο; . . . . .  ΟΧΙ  ΝΑΙ

Εάν "ΝΑΙ": ► Ποιό / ποιά φάρμακα: .....

---

A7) Έχετε δώσει κόπρανα ή αίμα για καλλιέργεια;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Δεν γνωρίζω

Εάν "ΝΑΙ": ► Αποτέλεσμα καλλιέργειας: .....

► Εργαστήριο: .....

---

A8) Υπάρχουν άτομα στο περιβάλλον σας με παρόμοια συμπτώματα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Δεν γνωρίζω

Όνοματεπώνυμο; ..... Τηλ. επικοινωνίας; .....

Όνοματεπώνυμο; ..... Τηλ. επικοινωνίας; .....

---

**Ενότητα Β στην επόμενη σελίδα →**

**Ενότητα Β**

(Είναι σημαντικό να συμπληρωθεί η ενότητα αυτή  
είτε αρρωστήσατε με γαστρεντερίτιδα είτε δεν αρρωστήσατε.)

**B1) Τι από τα παρακάτω φάγατε ή ήπιατε στο δείπνο της \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (και πόσο περίπου);**

Εάν "ΝΑΙ": Πόσο φάγατε / ήπιατε;

Παρακαλούμε σημειώστε εάν φάγατε και πόσο  
για όλα τα φαγητά του καταλόγου (εάν δεν φάγατε σημειώστε "ΟΧΙ")

Λίγες μπουκιές / γουλιές	Μισή έως μια μερίδα	Πιο πολύ από μία μερίδα
--------------------------------	---------------------------	-------------------------------

ΚΥΡΙΩΣ ΠΙΑΤΑ					
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΑΛΑΤΕΣ - ΤΥΡΙ					
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΓΛΥΚΑ					
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΝΕΡΟ - ΧΥΜΟΣ					
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ .....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ενότητα Γ

▶ Επώνυμο: ..... ▶ Όνομα: .....

Γ1) Ηλικία: \_\_\_\_\_ ετών (σε "κλεισμένα" έτη)

Γ2) Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

Γ3) Επάγγελμα: ..... (Σημειώστε επάγγελμα - ΟΧΙ: "ιδιωτικός υπάλληλος" ή "δημόσιος υπάλληλος")

Γ4) Τόπος κατοικίας: ▶ Πόλη: ..... ▶ Νομός: .....

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

**Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία**