

### 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.

#### A) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αρχικά ονόματος: .....αα ΣΥΔΝ: .....

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):  
.....

#### B) ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

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

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

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 (χταπόδι, 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 -**

<b>Μέλη της οικογένειας του ασθενή και άτομα που μοιράζονται το ίδιο οικιακό περιβάλλον (Άτομα που διαμένουν στο ίδιο σπίτι/ίδρυμα 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).</b>					
<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Διεύθυνση</b>	<b>Τηλέφωνο</b>	<b>Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)</b>	<b>Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α</b>	<b>Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α</b>
			...../...../.....	<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
<b>Άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή με τον ασθενή</b>					
<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Διεύθυνση</b>	<b>Τηλέφωνο</b>	<b>Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)</b>	<b>Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α</b>	<b>Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α</b>
			...../...../.....	<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
<b>Άτομα που ήρθαν σε στενή κοινωνική επαφή με τον ασθενή (φίλοι, συγγενείς, συνάδελφοι, κ.α.)</b>					
<b>Όνοματεπώνυμο</b>	<b>Διεύθυνση</b>	<b>Τηλέφωνο</b>	<b>Τελευταία επαφή με κρούσμα (ημ/νία)</b>	<b>Προηγούμενος εμβολιασμός έναντι ηπατίτιδας Α</b>	<b>Προηγούμενη νόσηση από ηπατίτιδα Α</b>
			...../...../.....	<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