

**Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα**

**Τμήμα Νοσημάτων**

**που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό και Συγγενών Λοιμώξεων**

 Τηλ.: 210 8899049

E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

**ΜΕΡΟΣ 1Ο: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** |
| **EPID#:** |  |  |  |  |  | (συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ) |
| **Ονοματεπώνυμο:** |
| **Φύλο: Άρρεν** |  | **Θήλυ** |  |  | **Εθνικότητα:** |
| **Ημερομηνία γέννησης: / /****ή (εάν είναι άγνωστη η ημερομηνία γέννησης) Ηλικία κατά προσέγγιση:** ετών | μηνών ημερών | (βάλτε σε κύκλο αναλόγως) |
| **Τόπος κατοικίας: ►Νομός:** |  |  | * **Πόλη/Χωριό:**
 |  |
| * **Δήμος/Κοινότητα:**
 |
| * **Διεύθυνση:**
 |
| **Τηλέφωνο:** |
| **Όνομα πατρός:** |  |  |  | **Όνομα μητρός:** |  |

|  |
| --- |
| **ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ** |
| **Ημερομηνία δήλωσης στο ΕΟΔΥ: / /** |
| **Ημερομηνία 1ης εξέτασης σε Εξ. Ιατρείο / Κέντρο Υγείας / Ιατρείο ΙΚΑ, λόγω της ΟΧΠ:****/ /** |
| **Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο: / /** |
| **Όνομα Νοσοκομείου:** |
| **Κλινική διάγνωση:** |
| **Όνομα θεράποντος ιατρού:** |

|  |
| --- |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** |

|  |
| --- |
| **Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης: / /** |
| **Εάν ο ασθενής απεβίωσε, ημερομηνία θανάτου: / /** |
| **Υπάρχει ιστορικό προηγούμενης παράλυσης,****επιληψίας ή άλλων νευρολογικών διαταραχών του ασθενούς;** | ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ  |

|  |
| --- |
| Προσδιορίστε:* Είναι η παρούσα παράλυση οξεία; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
* Είναι η παρούσα παράλυση χαλαρή; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν η παράλυση δεν είναι οξεία και χαλαρή, σταματήστε τη - συνιστώμενη από τον Π.Ο.Υ- διερεύνηση περιστατικού ΟΧΠΕάν η παράλυση είναι οξεία και χαλαρή, συνεχίστε τη διερεύνηση που συνιστάται περιστατικού ΟΧΠ(εξέταση δύο δειγμάτων κοπράνων, επανεξέταση σε 60-90 ημέρες |
| **Υπήρχε πυρετός κατά την έναρξη της παράλυσης;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Είναι η παράλυση ασύμμετρη;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Μέσα σε πόσες ημέρες ολοκληρώθηκε η παράλυση;**(από την έναρξη της παράλυσης έως την πλήρη εγκατάστασή της) | σε ημέρες | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Συνυπάρχει άσηπτη μηνιγγίτιδα;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Έγινε Οσφυονωτιαία Παρακέντηση (Ο.Ν.Π.);** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| Αν ΝΑΙ ................................................ Κύτταρα Λεύκωμα |  | Σάκχαρο |
| **Εντόπιση παράλυσης:** | **Αριστερό κάτω άκρο** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Δεξί κάτω άκρο** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αριστερό άνω άκρο** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Δεξί άνω άκρο** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αναπνευστικοί μύες** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αυχενικοί / Τραχηλικοί μύες** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Προσωπικοί μύες** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Άλλη εντόπιση: προσδιορίστε** |  |
| **Που εντοπίζεται η παράλυση στα άνω άκρα;** | Κεντρομελικά | Περιφερικά | Κεντρομελικά καιπεριφερικά | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Που εντοπίζεται η παράλυση στα κάτω άκρα;** | Κεντρομελικά | Περιφερικά | Κεντρομελικά καιπεριφερικά | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Υπάρχει διαταραχή αισθητικότητας;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

|  |
| --- |
| **Ανήκει ο ασθενή τε ομάδα υψηλού κινδύνου** \***: ΟΧΙ****ΝΑΙ Αν ναι, προσδιορίστε:** |
| **Ταξίδεψε ο ασθενής εντός ή εκτός Ελλάδας, 28 ημέρες πριν την****έναρξη της παράλυσης;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αν ναι, προσδιορίστε: ► την ημερομηνία αναχώρησης:** | **/ /** |  |  |
| * **την ημερομηνία επιστροφής:**
 | **/ /** |  |  |
| * **τον προορισμό του: • Χώρα:**
	+ **Περιοχή:**
	+ **Πόλη / Χωριό:**
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Υπάρχουν άλλα πρόσφατα περιστατικά ΟΧΠ στο περιβάλλον του ασθενούς (σε διάστημα 60 ημερών πριν από την έναρξη της****παράλυσής του);** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |

|  |
| --- |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ** |
| **Είχε ο ασθενής βιβλιάριο εμβολιασμών διαθέσιμο σε εσάς;** | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αριθμός δόσεων IPV/OPV που έχει λάβει ο ασθενής, κατά την ανοσοποίηση ρουτίνας:** | .... δόσεις IPV... δόσεις OPV | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Αριθμός επιπρόσθετων δόσεων OPV ή IPV, που τυχόν****έχει λάβει ο ασθενής, σε «εκστρατείες» συμπληρωματικού εμβολιασμού:** | ............ δόσεις | ΑΓΝΩΣΤΟ |
| **Ημερομηνία τελευταίας δόσης εμβολίου: / /** , IPV | OPV  |

|  |
| --- |
| **ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ** |
| **Ημερομηνία συλλογής 1ου δείγματος κοπράνων:** | **/** | **/** |
| **Ημερομηνία συλλογής 2ου δείγματος κοπράνων:** | **/** | **/** |

\***Ομάδες υψηλού κινδύνου:**

* Μετακινούμενοι πληθυσμοί (όπως μετανάστες που έχουν έρθει πρόσφατα στην Ελλάδα, άτομα που μένουν σε καταυλισμούς προσφύγων)
* Προσφάτως επαναπατρισθέντες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης ή των Βαλκανίων
* Αθίγγανοι
* Άτομα που διαβιούν σε περιβάλλον με κακές συνθήκες υγιεινής
* Οποιοδήποτε παιδί ανεμβολίαστο ή με ελλιπή εμβολιασμό έναντι της πολιομυελίτιδας
* Άτομα με ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού σε ενδημική χώρα (ενδημικές χώρες τον Ιούνιο 2009: Αφγανιστάν, Πακιστάν, Ινδία, Νιγηρία)

|  |
| --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:**(που συμπληρώνει το Δελτίο) |
| **ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** |
| **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** |

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

> **ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΧΠ**

> **ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ,**

**60 - 90 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

**ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΔΕΛΤΙΟ (ΜΕΡΟΣ 2Ο)**

Το Επιδημιολογικό Δελτίο Δήλωσης Περιστατικού Οξείας Χαλαρής Παράλυσης αποστέλλεται στο Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρηση & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα στο email: t.gergakopoulou@eody.gov.gr

* Τηλέφωνο : 210 8899049, 210 8899008, 210 8899024
* Πληροφορίες: Γεωργακοπούλου Θεανώ
* Διεύθυνση : Αγράφων 3-5, Μαρούσι 151 23

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

**ΜΕΡΟΣ 2Ο: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ**

|  |
| --- |
| **EPID#:** (συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ) |
| **Ονοματεπώνυμο ασθενούς:** |
| **Τόπος κατοικίας: ►Νομός: ►Πόλη/Χωριό:** |
| * **Δήμος/Κοινότητα:**
 |
| * **Διεύθυνση:**
 |
| **Έγινε επανεξέταση του ασθενούς μετά από 60 ημέρες; ΝΑΙ** |  | **ΟΧΙ** |  |  |
| **Αν όχι, γιατί;** |  |
| **Ο ασθενής πέθανε** |  |  |
|  |
| **Ο ασθενής δεν προσήλθε για επανεξέταση** |  |  |
| **Άλλη αιτία (προσδιορίστε):** |  |  |
| **Ημερομηνία επανεξέτασης: / /** |
| **Ευρήματα επανεξέτασης :** | **Ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία** |
| **Ο ασθενής δεν έχει υπολειμματική αδυναμία****(πλήρης αποκατάσταση μυϊκής ισχύος)** |
| **Άγνωστο** |
| **Εάν ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία στην επανεξέταση μετά από 60 ημέρες:** |
| **- Θα επανεξετασθεί περαιτέρω (μετά από 2 - 3 μήνες);** ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |  |
| **- Τελική έκβαση, 4 - 5 μήνες μετά την έναρξη της ΟΧΠ (θα ληφθεί τηλεφωνικά): Πλήρης αποκατάσταση****Υπολειμματική αδυναμία** |

|  |
| --- |
| **Τελική διάγνωση:** |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:**(που συμπληρώνει το Δελτίο) |
| **ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** |
| **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** |

## ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

**(αποστέλλεται στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών, μαζί με τα δείγματα κοπράνων**)

|  |
| --- |
| **EPID#:** (συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ) |
| **Ονοματεπώνυμο ασθενούς:** |
| **Ηλικία (κατά προσέγγιση):** ετών μηνών ημερών |
| (βάλτε σε κύκλο αναλόγως) |
| **Τόπος κατοικίας: ►Νομός: ► Πόλη / Χωριό:** |
| **Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης: / /** |
| **Ημερομηνία συλλογής 1ου δείγματος κοπράνων: / /** |
| **Ημερομηνία συλλογής 2ου δείγματος κοπράνων: / /** |
| **Ημερομηνία αποστολής δειγμάτων κοπράνων: / /** |
| **Πιθανή διάγνωση:** |
| **Όνομα θεράποντος ιατρού:** |
| **Όνομα υπευθύνου στον οποίο θα αποσταλούν τα εργαστηριακά αποτελέσματα:** |
| **Νοσοκομείο / Κλινική:** |
| **Τηλέφωνο:** |
| **Fax:** |

## Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

* + Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
	+ Fax: 210 6478832
	+ Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

 **ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ, ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ**



**Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα**

**Τμήμα Νοσημάτων**

**που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό και Συγγενών Λοιμώξεων**

 Τηλ.: 210 8899049

E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

**ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΝΤΕΡΟΪΩΝ / ΠΟΛΙΟΪΩΝ**

## Σε κάθε περίπτωση Οξείας Χαλαρής Παράλυσης απαιτείται η συλλογή δύο τουλάχιστον δειγμάτων

**κοπράνων, με διάφορα τουλάχιστον 24 ωρών, κατά τις πρώτες 14 μέρες από την ημέρα έναρξης της παράλυσης.**

Η απαιτούμενη ποσότητα κοπράνων είναι περίπου 8 - 10 γραμμάρια. Το δείγμα συλλέγεται σε αποστειρωμένο πλαστικό δοχείο, το οποίο πρέπει να κλείνει καλά, προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα διαρροής.

Πάνω σε κάθε δοχείο πρέπει να αναγράφεται ευκρινώς σε ετικέτα το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και η ημερομηνία συλλογής του δείγματος. Και τα δύο δείγματα αποστέλλονται μαζί στο εργαστήριο, σε συνθήκες 0-4 0C (σε παγοκύστες). Σε περίπτωση κωλύματος, τα κόπρανα φυλάσσονται στο ψυγείο (20-4 0C) για 24 ώρες, μέχρι και την αποστολή των δειγμάτων. Σε περίπτωση μαζικής αποστολής τα δείγματα θα πρέπει να διατηρούνται στην κατάψυξη σε θερμοκρασία -20 °C.

Η αποστολή καλό είναι να γίνεται πρωινές ώρες, έτσι ώστε να φτάνουν τα δείγματα στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών μέχρι και τις 15:00 μ.μ.

Τα δείγματα κοπράνων και το παραπεμπτικό εξέτασης κοπράνων αποστέλλονται στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών:

## Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

* + Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
	+ Fax: 210 6478832
	+ Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

Περισσότερες πληροφορίες δίδονται από τη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα/ Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων του ΕΟΔΥ

## ΕΟΔΥ - Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα-

**Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολισμό & Συγγενών Λοιμώξεων**

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 8899049/210 8899008/210 8899024