



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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 1^ο: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

EPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)		
Όνοματεπώνυμο:			
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 1 ^{ης} 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 ΟΧΠ

Εάν 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

Συνοπάρχει 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 και περιφερικά ΑΓΝΩΣΤΟ

Που εντοπίζεται η παράλυση στα κάτω άκρα; Κεντρομελικά Περιφερικά Κεντρομελικά και περιφερικά ΑΓΝΩΣΤΟ

Υπάρχει διαταραχή αισθητικότητας; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ανήκει ο ασθενής τε ομάδα υψηλού κινδύνου *:

ΟΧΙ	<input type="text"/>
ΝΑΙ	<input type="text"/>

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 1^{ου} δείγματος κοπράνων: / /

Ημερομηνία συλλογής 2^{ου} 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 2^ο)

Το Επιδημιολογικό Δελτίο Δήλωσης Περιστατικού Οξείας Χαλαρής Παράλυσης αποστέλλεται στο Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα στο email: t.gergakoroulou@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!



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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 2^ο: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΡΙΔ#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)		
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:			
Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός:	▶ Πόλη/Χωριό:		
▶ Δήμος/Κοινότητα:			
▶ Διεύθυνση:			
Έγινε επανεξέταση του ασθενούς μετά από 60 ημέρες;	ΝΑΙ	OXI	
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	OXI	
- 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!



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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)
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	
Ηλικία (κατά προσέγγιση):	ετών μηνών ημερών
	(βάλτε σε κύκλο αναλόγως)
Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη / Χωριό:
Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης:	/ /
Ημερομηνία συλλογής 1 ^{ου} δείγματος κοπράνων:	/ /
Ημερομηνία συλλογής 2 ^{ου} 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

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 °C (σε παγοκύστες). Σε περίπτωση κωλύματος, τα κόπρανα φυλάσσονται στο ψυγείο (2⁰-4 °C) 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 Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων](#)

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 8899049/210 8899008/210 8899024