



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης
& Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό:
Τηλ.: 210 8899049, 210 8899005
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΡΙD#:	(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 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ΟΧΙ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ΑΓΝΩΣΤΟ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
▶ Είναι η παρούσα παράλυση χαλαρή;	ΝΑΙ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ΟΧΙ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	ΑΓΝΩΣΤΟ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

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; <small>(από την έναρξη της παράλυσης έως την πλήρη εγκατάστασή της)</small>	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 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="checkbox"/>
ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>

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 8899005
- 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:
Τηλ.: 210 8899049, 210 8899005
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΡΙD#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	
Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός:	▶ Πόλη/Χωριό:
▶ Δήμος/Κοινότητα:	
▶ Διεύθυνση:	
Έγινε επανεξέταση του ασθενούς μετά από 60 ημέρες;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν όχι, γιατί;	
	Ο ασθενής πέθανε <input type="checkbox"/>
	Ο ασθενής δεν προσήλθε για επανεξέταση <input type="checkbox"/>
	Άλλη αιτία (προσδιορίστε): <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία επανεξέτασης:	/ /
Ευρήματα επανεξέτασης :	Ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία <input type="checkbox"/>
	Ο ασθενής δεν έχει υπολειμματική αδυναμία <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
- Τελική έκβαση, 4 - 5 μήνες μετά την έναρξη της ΟΧΠ (θα ληφθεί τηλεφωνικά):	
Πλήρης αποκατάσταση	<input type="checkbox"/>
Υπολειμματική αδυναμία	<input type="checkbox"/>

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:
Τηλ.: 210 8899049, 210 8899005
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 Ανδρονίκης Βούλγαρη - Κόκοτα

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ, ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &
Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό:
Τηλ.: 210 8899049, 210 8899005
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 °C (σε παγοκύστεις). 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 Ανδρονίκης Βούλγαρη - Κόκοτα

- 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 8899005 κα Γεωργακοπούλου Θεανώ