ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
**ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • 151 23 Αττική

**Φαξ για αποστολή δήλωσης: 210.8818.868**
**Τηλέφωνα για πληροφορίες: 210.5212.054**

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**

# ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-*nCoV*

| | |
|---|---|
| ▶ **Νοσοκομείο:** | ▶ **Κλινική:** |
| ▶ **Ον/μο ιατρού:** | ▶ **Τηλ. για επικοινωνία:** |

***ΑΣΘΕΝΗΣ***

**1.1 ΑΜΚΑ:** **Επώνυμο:**..... ..... **Όνομα:** ..... **1.2 Ηλικία:** ⌊_⌊_⌋ (έτη)

**1.3 Φύλο:** ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ **1.4 Τόπος κατοικίας: ▶Περιφ. Ενότητα (Νομός):** .....

..... **▶ Δήμος:** .....

**▶ Πόλη/χωριό:** ..... **▶Τ.Κ.:** ..... **▶ Τηλ. ασθενούς:** .....

**1.4 Εθνικότητα:** ..... **1.5 Επάγγελμα:** .....

***ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)***

**2.1** Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε περιοχή όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα[1]: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ
Ποια περιοχή;.....

**▶ Αν ναι:**
→ Ημ/νία άφιξης στην περιοχή: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ (ΗΜΕΡΑ/ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ)
→ Ημ/νία αναχώρησης από την περιοχή: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ (ΗΜΕΡΑ/ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ)

**2.2** Στενή επαφή με πιθανό ή εργαστηριακά επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019- nCoV: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ

**2.3** Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας όπου αντιμετωπίζονταν ασθενείς με λοίμωξη από το νέο κοροναϊό 2019- nCoV: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ

***ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ***

**3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ ☐ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ☐ ΑΓΝ

**3.2 Συμπτώματα:**
☐ Πυρετός/ιστορικό ☐ Δύσπνοια ☐ Βήχας ☐ Φαρυγγαλγία ☐ Καταρροή ☐ Αδυναμία
☐ Κεφαλαλγία ☐ Ευερεθιστότητα/σύγχυση ☐ Μυαλγίες ☐ Αρθραλγίες ☐ Θωρακαλγία ☐ Κοιλιακό άλγος
☐ Ναυτία/έμετος ☐ Διάρροια Άλλο,ποιο; .....

**3.3 Σημεία:**
☐ Θερμοκρασία : [___][___][___] □°C ☐ Δύσπνοια/ταχύπνοια ☐ Παθολογικά ευρήματα από ακρόαση πνευμόνων
☐ Φαρυγγικό εξίδρωμα ☐ Εξέρυθροι επιπεφυκότες ☐ Κώμα ☐ Σπασμοί
Άλλο,ποιο; .....

**3.4 Απεικονιστικά ευρήματα:** ☐ Παθολογικά ευρήματα από ακτινογραφία θώρακος

**3.5 Υποκείμενα νοσήματα / συννοσηρότητα:**
☐ Κύηση (τρίμηνο: .....) ☐ Λοχεία (<6 εβδ) ☐ Νόσημα καρδιαγγειακού (περιλαμβανομένης Αρτ.Υπέρτασης
☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Κακοήθης νόσος ☐ Νεφρική νόσος ☐ Ηπατική νόσος ☐ Σακχαρώδης Διαβήτης
☐ Χρόνια αναπνευστική νόσος ☐ Χρόνια νευρολογική /νευρομυϊκή νόσος Άλλο,ποιο; .....

**3.6 Επιπλοκές:** ☐ ARDS ☐ Νεφρική ανεπάρκεια ☐ Καρδιαγγειακές ☐ Πολυοργανική ανεπάρκεια
☐ Άλλη, ποια; .....

***4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ***

☐ Ύποπτο ☐ Πιθανό ☐ Επιβεβαιωμένο

***ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ***

**5.1 Ημ/νία εισαγωγής στο νοσοκομείο :** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ **5.2 Ημ/νία αναπν/κής απομόνωσης:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

**5.3 Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **▶Αν, ναι →** **Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

**5.4 Μπήκε σε αναπνευστήρα;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **▶Αν, ναι →** **Ημ/νία διασωλήνωσης:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋
**Ημ/νία αποσωλήνωσης:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

**5.5 Σύνδεση σε ECMO;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **▶Αν, ναι →** **Ημ/νία σύνδεσης:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

**5.6 Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ **▶Αν, ναι →** **Ημ/νία μεταφοράς:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋
**▶ Σε ποιο Νοσοκομείο:** .....

***6. ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ***

☐ Ίαση ☐ Ακόμα ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

***ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ***

**7.1 Αποστολή κλινικού δείγματος για 2019-nCoV σε Εργαστήριο;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ **Αν, ναι →** **Ημ/νία αποστολής:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

**▶** Σε ποιο Εργαστήριο:..... **→Αποτέλεσμα:** ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ **Μέθοδος διάγνωσης:** .....

**7.2 Έλεγχος για συνήθη παθογόνα αίτια πνευμονίας της κοινότητας (πχ για S.pneumoniae, Haemophilus Influenza type B, Legionella pneumophila, ιούς γρίπης, RSV κλπ):** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ **▶ Αν, ναι →** **Ημ/νία αποστολής:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋

[1] Επικαιροποιημένος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.