

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV

▶ Νοσοκομείο:		▶ Κλινική:	
▶ Ον/μο ιατρού:		▶ Τηλ. για επικοινωνία:	
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:	Επώνυμο:	Όνομα:	1.2 Ηλικία: ____ (έτη)
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	1.4 Τόπος κατοικίας: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):		
▶ Δήμος:			
▶ Πόλη/χωριό:		▶ Τ.Κ.:	
▶ Τηλ. ασθενούς:		1.5 Επάγγελμα:	
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 : Ποια περιοχή:.....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Αν ναι: → Ημ/νία άφιξης στην περιοχή: _____/_____/_____ → Ημ/νία αναχώρησης από την περιοχή: _____/_____/_____	_____/_____/_____ _____/_____/_____
2.2 Στενή επαφή με πιθανό ή εργαστηριακά επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019-nCoV:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
2.3 Νοσηλεύομενος με σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού, χωρίς άλλη αιτιολογία	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	<input type="checkbox"/> ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		
3.2 Συμπτώματα:	<input type="checkbox"/> ΔΥΣΠΝΟΙΑ <input type="checkbox"/> ΒΗΧΑΣ <input type="checkbox"/> ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ <input type="checkbox"/> ΚΑΤΑΡΡΟΗ <input type="checkbox"/> ΑΔΥΝΑΜΙΑ		
<input type="checkbox"/> Πυρετός/ιστορικό	<input type="checkbox"/> Δύσπνοια	<input type="checkbox"/> Βήχας	<input type="checkbox"/> Φαρυγγαλγία
<input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία	<input type="checkbox"/> Ευερεθιστότητα/σύγχυση	<input type="checkbox"/> Μυαλγίες	<input type="checkbox"/> Αρθραλγίες
<input type="checkbox"/> Ναυτία/έμετος	<input type="checkbox"/> Διάρροια	Άλλο, ποιο;	<input type="checkbox"/> Θωρακαλγία <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος
3.3 Σημεία:	<input type="checkbox"/> Δύσπνοια/ταχύπνοια <input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακρόαση πνευμόνων		
<input type="checkbox"/> Θερμοκρασία: ____/____/____ °C	<input type="checkbox"/> Εξέρυθροι επιπεφυκοί	<input type="checkbox"/> Κώμα	<input type="checkbox"/> Σπασμοί
<input type="checkbox"/> Φαρυγγικό εξίδρωμα	Άλλο, ποιο;		
3.4 Απεικονιστικά ευρήματα:	<input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακτινογραφία θώρακος		
3.5 Υποκείμενα νοσήματα / συννοσηρότητα:	<input type="checkbox"/> Νόσημα καρδιαγγειακού (περιλαμβανομένης Αρτ. Υπέρτασης)		
<input type="checkbox"/> Κύηση (τρίμηνο:	<input type="checkbox"/> Λοχεία (<6 εβδ)	<input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος	<input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος
<input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή	<input type="checkbox"/> Κακοήθης νόσος	<input type="checkbox"/> Σακχαρώδης Διαβήτης	
<input type="checkbox"/> Χρόνια αναπνευστική νόσος	<input type="checkbox"/> Χρόνια νευρολογική /νευρομυϊκή νόσος	Άλλο, ποιο;	
3.6 Επιπλοκές:	<input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Νεφρική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Καρδιαγγειακές <input type="checkbox"/> Πολυοργανική ανεπάρκεια		
<input type="checkbox"/> Άλλη, ποια;			
4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ			
<input type="checkbox"/> Υποπτο	<input type="checkbox"/> Πιθανό	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο	
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ			
5.1 Ημ/νία εισαγωγής στο νοσοκομείο: ____/____/____	5.2 Ημ/νία αναπν/κής απομόνωσης: ____/____/____		
5.3 Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ▶ Av, ναι →	Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ____/____/____		
5.4 Μπήκε σε αναπνευστήρα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ▶ Av, ναι →	Ημ/νία διασωλήνωσης: ____/____/____ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ____/____/____		
5.5 Σύνδεση σε ECMO; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ▶ Av, ναι →	Ημ/νία σύνδεσης: ____/____/____		
5.6 Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ▶ Av, ναι →	Ημ/νία μεταφοράς: ____/____/____		
▶ Σε ποιο Νοσοκομείο:			
6. ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ			
<input type="checkbox"/> Ίαση	<input type="checkbox"/> Ακόμα ασθενής	<input type="checkbox"/> Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ			
7.1 Αποστολή κλινικού δείγματος για 2019-nCoV σε Εργαστήριο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ Av, ναι →	Ημ/νία αποστολής: ____/____/____		
▶ Σε ποιο Εργαστήριο:.....	→ Αποτέλεσμα: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Av, ναι → Ημ/νία αποστολής: ____/____/____		

¹ Επικαιροποιημένος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο <https://eody.gov.gr/sars-cov-2-epirezomenes-perioxes/>