ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική
Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΓΡΙΠΗ

(Κρούσμα με εργαστηριακή επιβεβαίωση ή σύνδεση
με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά)

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** .....

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ: ► **Επώνυμο:** ► **Όνομα:**

1.2 Ημ/νία γέννησης: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** ⌊_⌊_⌋ ετών μηνών ημερών *(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)* **1.3 Φύλο:** ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.4 Τόπος διαμονής: ► **Περιφ. Ενότητα (Νομός):** ► **Δήμος:** ☐ Άστεγος

► **Πόλη/χωριό:** ► **Οδός/Αριθμός:** ► **Τ.Κ.:** ► **Τηλ.:**

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα;** .....

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ

2.1 **Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση;** .....

2.2 **Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό/ά;** .....

2.3 **Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Πού;** .....

2.4 **Είναι:** ► **Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ήρθε από:** ..... → **Άφιξη:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

► **Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Από ποιά χώρα;** ..... → **Από πότε;** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.5 **Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιά;** .....

2.6 **Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;** (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.7 **Εμβολιασμός για γρίπη;** (κατά την τρέχουσα περίοδο) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία εμβολιασμού: ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ Επιβεβαιωμένο ☐ Πιθανό

3.1 **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.2 **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► **Νοσοκομείο:** ..... → **Ημ/νία εισαγωγής:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

► **Νοσηλεία σε ΜΕΘ:** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ημ/νία εισαγωγής:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.3 **Κύριες εκδηλώσεις:** .....

3.4 **Υποκείμενα νοσήματα:** .....

3.5 **Άλλες επιπλοκές:** ☐ Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) ☐ Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής)

☐ Εγκεφαλοπάθεια ☐ Διασωλήνωση ☐ Άλλη → .....

3.6 **Έκβαση:** ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

► Ο/η θεράπων ιατρός: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

4.1 **Καλλιέργεια κλινικού δείγματος:** ► **Υλικό:** ..... ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2 **Έλεγχος αντιγόνου:** ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.3 **Ανίχνευση RNA του ιού:** ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.4 **Τύπος/υπότυπος ιού:** .....

4.5 **Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό;** .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

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