

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
**ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (HUS) ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ
ΕΝΤΕΡΟΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ (EHEC/VTEC/STEC)**

► 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: ____	ΕΤΩΝ μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:		<input type="checkbox"/> Άστεγος
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.:	► Τηλ.:
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:		

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:		
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:		
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού:		
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από:	→ Αφίξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
► Μετανάστης/Πρόσφυγας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα:	→ Από πότε; ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:		
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	→ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι- πού:		

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		<small>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ</small> ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		
3.3 Εκδηλώσεις:	<input type="checkbox"/> Εντερτίδα <input type="checkbox"/> Δυσεντερία <input type="checkbox"/> Εντερικός πυρετός <input type="checkbox"/> Σηψαιμία <input type="checkbox"/> Ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο <input type="checkbox"/> Άλλο →		
3.4 Έκβαση:	<input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____		
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):		
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:			

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			
4.1 Απομόνωση/καλλιέργεια <i>E. Coli</i> που παράγει shiga-τοξίνη/νεροκυτοτοξίνη ή που έχει γονίδια <i>stx1/vtx1</i> ή <i>stx2/vtx2</i> :	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		
4.2 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος σε υλικό με σορβιτόλη για απομόνωση <i>E. coli</i> O157:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		
4.3 Άμεση ανίχνευση γονιδίων <i>stx1/vtx1</i> ή <i>stx2/vtx2</i> :	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		
4.4 Άμεση ανίχνευση ελεύθερης shiga-τοξίνης/νερο-κυτοτοξίνης στα κόπρανα:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		
4.5 Ανίχνευση αντισωμάτων έναντι συγκεκριμένων οροομάδων (LPS) <i>E.coli</i> (μόνο για ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο):	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		
4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:			
4.7 Είδος/ορότυπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):		
4.8 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σε ποιο;			
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			