

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ

► 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: <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 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:	
2.3 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	→ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.4 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ → <input type="checkbox"/> Αγρότης <input type="checkbox"/> Κτηνοτρόφος <input type="checkbox"/> Κρεοπώλης / σφαγείο <input type="checkbox"/> Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Σε γαλακτοβιομηχανία / τυροκομία <input type="checkbox"/> Εργαστηριακός <input type="checkbox"/> Ζει με άτομο των ανωτέρω επαγγελμάτων <input type="checkbox"/> Άλλο:	
2.5 Επαφή με αγροτικά ζώα; (κατά τους 6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ: Είδος ζώου: <input type="checkbox"/> Αιγοπρόβατα <input type="checkbox"/> Βοοειδή <input type="checkbox"/> Χοίροι <input type="checkbox"/> Κουνέλια <input type="checkbox"/> Άλλο:	
2.6 Συμμετοχή σε εμβολιασμό ζώων κατά της Βρουκέλλωσης; (κατά τους 6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-Πού-πότε;	
2.7 Κατανάλωση / επαφή με μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά; (κατά τους 6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-Πού-πότε;	
2.8 Κατανάλωση / επαφή με ατελώς ψημένο κρέας; (κατά τους 6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-Πού-πότε;	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΚΑΤΆΤΑΞΗ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ► Νοσοκομείο:	
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Άλλο	
3.4 Κύριες κλινικές εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Άλλο	
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
3.6 Ιστορικό Βρουκέλλωσης: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (1 ^η διάγνωση) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ με εισαγωγή ► Ημ/νία: ____/____/____ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ χωρίς εισαγωγή	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση (σταθερό/κινητό):	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 Wright <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε Τίτλος:	4.4 ELISA IgM <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.3 PCR <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	IgG <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
	IgA <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.5 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: <input type="checkbox"/>	
4.6 Είδος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	