

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΔΑΓΚΕΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ, CHIKUNGUNYA, ZIKA

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α		
☐ Δάγκειος πυρετός	☐ Λοίμωξη από ιό Chikungunya	☐ Λοίμωξη από ιό Zika
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: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός): _____	► Δήμος: _____	☐ Άστεγος
► Πόλη/χωριό: _____	► Οδός/Αριθμός: _____	► Τ.Κ.: _____
► Τηλ.: _____		
Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ		
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΕΑΝ ΚΡΟΥΣΜΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ZIKA:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Σχέση:	Σεξουαλική επαφή με ταξιδιώτη (τους τελευταίους 6 μήνες); ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → ΕΑΝ ΝΑΙ ► Χώρες ταξιδιού συντρόφου:
2.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πότε;	► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης
2.3 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου ή για έγκυες: κατά τη διάρκεια της κύησης)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού;	
→ ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ: Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____ Διάρκεια ταξιδιού:		
Λόγος ταξιδιού: ☐ Αναψυχή ☐ Επαγγελματικοί λόγοι ☐ Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους ☐ Άλλο →		
Ταξίδι με γκρουπ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		
2.4 Επάγγελμα:		
2.5 Μετάγγιση αίματος / προϊόντων ή μεταμόσχευση ιστών, οργάνων ή κυττάρων; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πότε;	
2.6 Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Τι εμβόλιο – πότε;	
Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α		
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ Ημ/νία διάγνωσης: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ (ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ) Κατάταξη κρούσματος: ☐ Επιβεβαιωμένο ☐ Πιθανό	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	→ Νοσοκομείο: Νοσηλεία σε ΜΕΘ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
3.3 Εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Κεφαλαλγία ☐ Μυαλγίες ☐ Αρθραλγίες ☐ Αιμορραγικές εκδηλώσεις ☐ Επιπεφυκίτιδα ☐ σ.Guillain-Barré ☐ Μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα ☐ Μυελίτιδα ☐ Άλλο:		
3.4 Ειδική κατάσταση: ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Ανοσοκαταστολή → Τι;		
3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος από τη νόσο → 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 Ορολογική εξέταση στον ορό:	IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	IgG: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.2 Ανίχνευση RNA (PCR):	Αίμα: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	ENY: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
	Άλλο κλινικό δείγμα- ποιό: ☐ APN ☐ ΘΕΤ	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		
4.4 Είδος/τύπος παθογόνου: _____	Υπογραφή (& σφραγίδα): ►	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____		