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

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΝ ΕΟΔΥ: 210.8899.000

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** __ __ / __ __ / __ __

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

ΝΟΣΗΜΑ

☐ Αλλαντίαση	☐ Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	☐ Λύσσα	☐ ΣΟΑΣ (SARS)
☐ Άνθρακας	☐ Ευλογιά	☐ Μελιοείδωση/Μάλη	☐ Τουλαραιμία
☐ Διφθερίτιδα	☐ Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	☐ Πανώλη	☐ Χολέρα

ΑΣΘΕΝΗΣ

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;** .....

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση;** .....

► **Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Περιγράψτε:** .....

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 τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** __ __ / __ __ / __ __ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.7 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: __ __ / __ __ / __ __ → Αριθ. δόσεων: .....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: __ __ / __ __ / __ __

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► **Νοσοκομείο:** ..... → **Ημ/νία εισαγωγής:** __ __ / __ __ / __ __

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό** ☐ **Ενδεχόμενο**

3.3 Κύριες εκδηλώσεις: .....

3.4 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** __ __ / __ __ / __ __

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα: .....

4.3 Είδος/τύπος παθογόνου: .....

► 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.