

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΕΙΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιότητα
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α		
<input type="checkbox"/> Τυφοειδής πυρετός / παρατυφος	<input type="checkbox"/> Σαλμονέλλωση (μη τυφοειδική-παρατυφοειδική)	<input type="checkbox"/> Σιγκέλλωση

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:	

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;	<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	→ Ηρθε από:	→ Αφιξη: 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 ¹ στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:	→ Αφιξη στην Ελλάδα: ΗΜΕΡΑ/ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ
2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Τι-πού:	

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		
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο			
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό		
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____			
3.3 Εκδηλώσεις:	<input type="checkbox"/> Εντερίτιδα	<input type="checkbox"/> Δυσεντερία	<input type="checkbox"/> Εντερικός πυρετός	<input type="checkbox"/> Σηψαιμία
	<input type="checkbox"/> Άλλο →			
3.4 Έκβαση:	<input type="checkbox"/> 1αση	<input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> Δεν έγινε	<input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 Ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος <i>Salmonella spp/Shigella spp.</i> : ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> Δεν έγινε	<input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:				
4.4 Είδος/ορότυπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):			
4.5 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σε ποιο:			
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:				

¹ (i. για μη τυφο-παρατυφική σαλμονέλλωση: κατά τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου, ii. για σιγκέλλωση: κατά τη 1 εβδομάδα πριν από έναρξη νόσου, iii. για τυφοειδή / παρατυφοειδή πυρετό: κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)