

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
ΣΥΡΡΟΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΟΥΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**

[Εμφάνιση δύο ή περισσότερων κρουσμάτων με παρόμοια συμπτωματολογία, συνήθως από το γαστρεντερικό σύστημα, η αιτία των οποίων μπορεί να αποδοθεί στο ίδιο τρόφιμο ή σε νερό της ίδιας προέλευσης.]

\* Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει αποτέλεσμα καλλιέργειας (βιολογικού υλικού ή τροφίμου) για να γίνει η δήλωση

► Ημερομηνία δήλωσης:    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

► Σύνολο ασθενών:    ___	► Νοσηλευθέντες σε νοσοκομείο:    ___	► Αριθμός θανάτων:    ___
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------

**Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α   Α Σ Θ Ε Ν Ω Ν**

Αρχικά ονόμα-τος ασθεν-νούς	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ασθενούς ή οικογένειας για επικοινωνία	Ηλικία (σε έτη)	Φύλο	Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ Ε=έμετος Δ=διάρροια Α=αιμορραγικά κόπρανα Π=πυρετός	ΕΓΙΝΕ ΚΑΛ/ΓΕΙΑ Έγινε κ/α κοπράνων ή αίματος; * N=ΝΑΙ O=ΟΧΙ	Παθογόνο που απομονώθηκε στην καλλιέργεια	ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΘΑΝΑΤΟΣ Σημειώστε: N=Νοσηλεία σε νοσοκομείο Θ=Θάνατος
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		

**Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α   Υ Π Ο Π Τ Ο Υ   Γ Ε Υ Μ Α Τ Ο Σ   -   Τ Ρ Ο Φ Ι Μ Ο Υ**

2.1 Υπάρχει ύποπτο γεύμα;     ΟΧΙ     ΝΑΙ → Ημ/νία και ώρα γεύματος:    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_

► Τόπος γεύματος: ► Νομός:..... ► Πόλη/χωριό:.....

► Χώρος γεύματος:    Σπίτι    Χώρος εστίασης → ..... ► Σύνολο ατόμων στο γεύμα: .....

2.2 Υπάρχει ύποπτο τρόφιμο;     ΟΧΙ     ΝΑΙ → Τι: .....

2.3 Εργαστηρ. εξέταση τροφίμου; \*    ΑΡΝ    ΘΕΤ    Δεν έγινε    ΕΑΝ ΘΕΤΙΚΗ ► Παθογόνο: .....

2.4 ΣΧΟΛΙΑ (ακριβής χώρος και συνθήκες επιδημίας):.....

---

► Ο/η θεράπων ιατρός:.....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:.....

Υπογραφή (& σφραγίδα):