

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΜΠΟΡΡΕΛΙΩΣΗ/ ΝΟΣΟΣ LYME, ΡΙΚΕΤΣΙΩΣΗ, ΑΝΑΠΛΑΣΜΩΣΗ, ΕΡΛΙΧΙΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ___/___/___

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Μπορρελίωση/ νόσος Lyme Ρικετσίωση Αναπλάσμωση Ερλιχίωση

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

ΑΜΚΑ: _____ ► Επώνυμο: _____ ► Όνομα: _____

Ημ/νία γέννησης: ___/___/___ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ___ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Τόπος διαμονής: ► Περιφερειακή Ενότητα (Νομός): _____

► Δήμος: _____ ► Πόλη/χωριό: _____

► Οδός/Αριθμός: _____ ► Τ.Κ.: _____ ► Τηλ.: _____

Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα: _____

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ Ρομά Μετανάστες/Πρόσφυγες Έλληνες Μουσουλμάνοι Ταξιδιώτες

Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση: _____

Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; ΟΧΙ ΝΑΙ → ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού;
(κατά τις 30 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ___/___/___

Ιστορικό νύγματος από κρότωνα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Πότε/ πού: _____

Ιστορικό πρόσφατης επίσκεψης σε εξοχή/ ύπαιθρο; ΟΧΙ ΝΑΙ → Πότε/ πού: _____

Επάγγελμα: _____

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___ Ημ/νία διάγνωσης: ___/___/___

Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ → Νοσοκομείο: _____

Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___ Νοσηλεία σε ΜΕΘ; ΟΧΙ ΝΑΙ

Εκδηλώσεις: Πυρετός Μεταναστευτικό Ερύθημα Άλλο εξάνθημα Καταβολή Κεφαλαλγία
 Μυαλγίες/ Αρθραλγίες Αρθρίτιδα Καρδιολογικές εκδηλώσεις Χρόνια ατροφική ακροδερματίτιδα
 Μηνιγγίτιδα Εγκεφαλίτιδα Μυελίτιδα Νευρίτιδα/ ριζονευροπάθεια Άλλο: _____

3.5 Ειδική κατάσταση: Εγκυμοσύνη Ανοσοκαταστολή → Τι; _____

3.6 Ιστορικό μεταναστευτικού ερυθήματος/ νόσου Lyme στο παρελθόν; ΟΧΙ ΝΑΙ → Πότε: _____

3.8 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής 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 Έλεγχος αντισωμάτων στον ορό: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.2 Ορολογική μέθοδος: ELISA IFA Άλλη: _____

4.3 Western Blot: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.4 Έλεγχος αντισωμάτων στο ENY: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.5 Ανίχνευση DNA (PCR): Αίμα: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ENY: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

Άλλο κλινικό δείγμα- ποιο: APN ΘΕΤ

4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: _____

4.7 Είδος/τύπος παθογόνου: _____

Υπογραφή (& σφραγίδα): _____

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____

►