

## ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ (MONKEYPOX)

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

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

### Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ 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"/> Αστέγος	
► 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 Σύνδεση με άλλο κρούσμα <sup>1</sup> ;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σχέση: .....
2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού: .....
2.3 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα: .....
2.4 Ανοσοκαταστολή:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Αν ναι, προσδιορίστε: .....
2.5 Άτομο με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
2.6 Εγκυμοσύνη:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Αν ναι, τρίμηνο κύηση: .....
2.7 Επαγγελματίας υγείας:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Προσδιορίστε: .....

### 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: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ 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: ____/____/____	
► Νοσηλεία σε ΜΕΘ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ημ/νία εισαγωγής σε ΜΕΘ: ____/____/____	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Λεμφαδενοπάθεια <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Ραχιαλγία <input type="checkbox"/> Καταβολή		
→ Ημ/νία εμφάνισης πυρετού (>38.5° C): ____/____/____	Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος: ____/____/____	
3.4 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <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 PCR: ► Υλικό: .....	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.2 Ηλεκτρονική μικροσκόπηση: ► Υλικό: .....	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....		
4.5 Είδος παθογόνου: .....		Υπογραφή (& σφραγίδα):

1 Πιθανό ή επιβεβαιωμένο (βάσει του ορισμού κρούσματος), κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων