

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ (ΜΟΝΚΕΥΡΟΧ)**

► 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: ___ <small>ΕΤΩΝ μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small>	1.3 Φύλο:	
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Αστεγος	
► 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 κρούσμα¹;	<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; <small>(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)</small>	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	► Αφίξη στην Ελλάδα: ___/___/___ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>
2.4 Ανοσοκαταστολή: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αν ναι, προσδιορίστε:		
2.5 Άτομο με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους²:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
2.6 Εγκυμοσύνη: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αν ναι, τρίμηνο κύησης:		
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: ___/___/___	<i>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</i> Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο <input type="checkbox"/> Πιθανό	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		→ Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___
<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ► Νοσηλεία σε ΜΕΘ		→ Ημ/νία εισαγωγής σε ΜΕΘ: ___/___/___

<input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Λεμφαδενοπάθεια εντοπισμένη <input type="checkbox"/> Λεμφαδενοπάθεια γενικευμένη
3.3 Κλιν. εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Εξάνθημα περιγεννητικής περιοχής <input type="checkbox"/> Εξάνθημα στη στοματική κοιλότητα <input type="checkbox"/> Εξάνθημα σε άλλα σημεία
<input type="checkbox"/> Ραχιαλγία/Οσφυαλγία <input type="checkbox"/> Καταβολή <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Έμετος/Ναυτία <input type="checkbox"/> Επιπεφυκίτιδα
→ Ημ/νία εμφάνισης πυρετού (>38° 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"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 Ηλεκτρονική μικροσκόπηση: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.3 IgM: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε IgG: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <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
2 Ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού