

## ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΤΗΝΑ Ή ΖΩΑ ΜΕ ΓΡΙΠΗ Α(Η5Ν1)

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ (Π.Ε.) ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: ...../...../.....

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ: .....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΚΤΡΟΦΗΣ:..... ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΚΤΡΟΦΗΣ (Επώνυμο/Όνομα):..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΕΙΔΟΣ ΠΤΗΝΩΝ / ΖΩΩΝ ΠΟΥ ΜΟΛΥΝΘΗΚΑΝ:..... ΤΟΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ: .....

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / .....	1 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
		ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>						Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα: .....					Αποτέλεσμα: .....
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / .....	1 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
		ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>						Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα: .....					Αποτέλεσμα: .....
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / .....	1 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
		ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>						Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα: .....					Αποτέλεσμα: .....
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / .....	1 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 <sup>ο</sup> μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
		ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>						Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα: .....					Αποτέλεσμα: .....

Να συμπληρωθούν όλα δελτία καταγραφής & παρακολούθησης απαιτούνται για την αποτύπωση όλων των εκτεθέντων ατόμων κατά το ίδιο συμβάν. Αποστέλλεται στον ΕΟΔΥ αφού εντοπιστούν και καταγραφούν όλα τα άτομα που εκτέθηκαν και αποστέλλεται εκ νέου στο τέλος της παρακολούθησης. Συμπληρώστε εδώ ημερομηνίες επίσκεψης στο νοσοκομείο: 1<sup>η</sup> επίσκεψη..... 2<sup>η</sup> επίσκεψη.....

(Οδηγίες Συμπλήρωσης στην επόμενη σελίδα)



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ**

- 1 Συμπληρώστε ένα από: **α)** Απασχολούμενος σε εκτροφή πτηνών ή ζώων , **β)** Κτηνίατρος Ιδιώτης, **γ)** Κτηνίατρος δημόσιας υπηρεσίας, **δ)** Εργαζόμενος στη Θανάτωση/Μεταφορά πτωμάτων/Υγειονομική Ταφή/Απολύμανση, **ε)** Εργαζόμενος σε σφαγείο, **στ')** Άλλο, τι; .....
- 2 Όπως αναφέρονται στο παράρτημα Γ' του Σχεδίου Έκτακτης Ανάγκης για την Αντιμετώπιση της Γρίπης των Πτηνών ΥΑ 258754 (ΦΕΚ 840/12.05.2008).
- 3 Η οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας δίνει την οδηγία στους εκτεθέντες να αυτοπαρακολουθούνται για δέκα (10) ημέρες από την ημερομηνία τελευταίας έκθεσης για τα εξής συμπτώματα: πυρετός  $\geq 38^{\circ} \text{C}$ , βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αυτοπαρακολούθησης η Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας επικοινωνεί καθημερινά με τους εκτεθέντες προς επιβεβαίωση της απουσίας ή της παρουσίας των παραπάνω συμπτωμάτων και κατόπιν συνεννόησης με το τοπικό νοσοκομείο παραπέμπει τους ασυμπτωματικούς εκτεθέντες την 5<sup>η</sup> και 10<sup>η</sup> ημέρα για κλινική εξέταση και δειγματοληψία. Επί εμφανίσεως συμπτωμάτων οι εκτεθέντες πρέπει να ενημερώσουν αμέσως την οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας και τον ΕΟΔΥ (τηλ. 210-5212054, 210-5212303,308,370), να κάνουν συνεχή χρήση μάσκας FFP2 ή FFP3 και να απομονωθούν αποφεύγοντας την επαφή με άλλα άτομα.

Χώρος για τυχόν πρόσθετες σημειώσεις:

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας:.....

Ιδιότητα.....

Τηλέφωνο:.....

Υπογραφή:.....