



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## 15.1. ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΠΑΦΩΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ Α(Η5Ν1)

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: ...../...../.....

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

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ: .....

ΤΟΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΦΩΝ: .....

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

Να συμπληρωθούν όλα δελτία καταγραφής & παρακολούθησης απαιτούνται για την αποτύπωση όλων των επαφών στο ίδιο ανθρώπινο κρούσμα. 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>ο</sup> επίσκεψη..... 2<sup>ο</sup> επίσκεψη.....  
(Οδηγίες Συμπλήρωσης στην επόμενη σελίδα)

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ**

- 1 Συμπληρώστε την ιδιότητα σε σχέση με το κρούσμα γρίπης Α(Η5Ν1) (π.χ. σύζυγος, συγγάτοικος, εργαζόμενος στον ίδιο χώρο εργασίας).
- 2 Προστατευτικά γυαλιά με αντιθαμβωτική επίστρωση που εφαρμόζουν καλά/ Μάσκα αναπνευστικής προστασίας FFP2 ή FFP3/ Αδιάβροχη ή ανθεκτική στο νερό ποδιά / Αδιάβροχα γάντια (π.χ. από latex ή vinyl).
- 3 Η οικεία Δ/ση 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  $\geq 38^{\circ}$  C, βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αυτοπαρακολούθησης η Δ/ση 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/ση 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:.....