ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΙΠΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

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

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ: ► **Επώνυμο:** ► **Όνομα:**

1.2 Ημ/νία γέννησης: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** ⌊_⌊_⌋ ετών μηνών ημερών *(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)* | **1.3 Φύλο:** ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.4 Τόπος διαμονής: ►**Περιφ. Ενότητα (Νομός):** ► **Δήμος:** ☐ Άστεγος

►**Πόλη/χωριό:** ►**Οδός/Αριθμός:** ►**Τ.Κ.:** ►**Τηλ.:**

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα;** . . . . . ► **Επάγγελμα:** . . . . . .

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 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση;** . . . . . .

2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό/ά;** . . . . . .

2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Πού;** . . . . . .

2.4 Είναι: ►**Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ήρθε από:** . . . . . → **Άφιξη:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

►**Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Από ποιά χώρα;** . . . . . → **Από πότε;** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιά;** . . . . . .

2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** . . . . . → **Άφιξη στην Ελλάδα:** ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.7 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

2.8 Επαφή με άγρια ή οικόσιτα ζώα ή πτηνά μέχρι και 7 μέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** . . . . . .

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ Επιβεβαιωμένο ☐ Πιθανό

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ►**Νοσοκομείο:** . . . . . → **Ημ/νία εισαγωγής:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

►**Νοσηλεία σε ΜΕΘ:** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ημ/νία εισαγωγής:** ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋ / ⌊_⌊_⌋

3.3 Κύριες εκδηλώσεις ή Συμπτώματα: . . . . . .

3.4 Υποκείμενα νοσήματα: . . . . . .

3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία Ιογενής/βακτηριακή ☐ Εκδηλώσεις ΚΝΣ ☐ Μυοκαρδίτιδα/Περικαρδίτιδα ☐ Διασωλήνωση ☐ Ραβδομυόλυση/ Μυοσίτιδα ☐ Πολυοργανική Ανεπάρκεια/Σήψη ☐ Άλλη → . . . . . .

3.6 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► **Υλικό:** . . . . . ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2 Έλεγχος αντιγόνου: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε | **4.3 Ανίχνευση RNA του ιού:** ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.4 Τύπος/υπότυπος ιού: . . . . . .

4.5 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιό;** . . . . . Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: . . . . . .

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.