

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
**ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Α (iGAS)**

- ▶ Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: .....

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>		
1.1 ΑΜΚΑ:	▶ Επώνυμο: ..... ▶ Όνομα: .....	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΙΟ 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 Επάγγελμα: .....		
1.6 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ▶ Χώρα: .....		
<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>		
Υπάρχει στενή επαφή με		
2.1 επιβεβαιωμένο κρούσμα τους τελευταίους 3 μήνες;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση; .....	
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά; .....	
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού; .....	
2.4 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από: .....	→ Αφιξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα; .....	→ Από πότε; ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....	
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: .....	→ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: .....	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Κλινική Εικόνα: <input type="checkbox"/> Βακτηριαμία <input type="checkbox"/> Πνευμονία <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Κυτταρίτιδα <input type="checkbox"/> Οστεομυελίτιδα <input type="checkbox"/> Νεκρωτική Απνευρωσίτιδα <input type="checkbox"/> Στρεπτοκοκκικό τοξικό σύνδρομο		
3.4 Αντιβιοτικό πριν τη λήψη καλλιέργειας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....		
3.5 Ανοσοκαταστολή ή υποκειμένο νόσημα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....		
3.6 Πρόσφατη νόσηση από άλλο λοιμώδες νόσημα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....		
3.7 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: .....		
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>		
4.1 Strep Test: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 Καλλιέργεια Φαρυγγικού: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	
4.3 Καλλιέργεια Αίματος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 Καλλιέργεια ΕΝΥ: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Άλλο υλικό: .....
4.5 Είδος/οροομάδα παθογόνου: .....	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα): .....	
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....		