

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΔΑΓΚΕΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ, CHIKUNGUNYA, ZIKA

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α		
<input type="checkbox"/> Δάγκειος πυρετός	<input type="checkbox"/> Λοίμωξη από ιό Chikungunya	<input type="checkbox"/> Λοίμωξη από ιό Zika
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ		
1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ΕΤΩΝ μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Άστεγος
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.: ► Τηλ.:
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ		
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	ΕΑΝ ΚΡΟΥΣΜΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ZIKA: Σεξουαλική επαφή με ταξιδιώτη (τους τελευταίους 6 μήνες); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → ΕΑΝ ΝΑΙ ► Χώρες ταξιδιού συντρόφου;	
2.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης	
2.3 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου ή για έγκυες: κατά τη διάρκεια της κύησης) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού;		
→ ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ: Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____ Διάρκεια ταξιδιού:		
Λόγος ταξιδιού: <input type="checkbox"/> Αναψυχή <input type="checkbox"/> Επαγγελματικοί λόγοι <input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους <input type="checkbox"/> Άλλο →		
Ταξίδι με γκρουπ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		
2.4 Επάγγελμα:		
2.5 Μετάγγιση αίματος / προϊόντων ή μεταμόσχευση ιστών, οργάνων ή κυττάρων; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε;		
2.6 Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι εμβόλιο – πότε;		
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)
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ Ημ/νία διάγνωσης: ____/____/____	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο <input type="checkbox"/> Πιθανό	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Νοσοκομείο:	Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____ Νοσηλεία σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
3.3 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Αιμορραγικές εκδηλώσεις <input type="checkbox"/> Επιπεφυκίτιδα <input type="checkbox"/> σ.Guillain-Barré <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μυελίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλο:		
3.4 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή → Τι;		
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος από τη νόσο → 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 Ορολογική εξέταση στον ορό: IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε		
4.2 Ανίχνευση RNA (PCR): Αίμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε ENY: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε		
4.2 Άλλο κλινικό δείγμα- ποιό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		
4.4 Είδος/τύπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		