**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**

### ΛΟΙΜΩΞΗ από ΙΟ ΔΑΓκΕΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ, cHIKUNGUNYA, ZIKA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ► | **Ημερομηνία δήλωσης:** | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| ► | **Μονάδα υγείας / ιδιώτης**  **που δηλώνει το κρούσμα:** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΝΟΣΗΜΑ*** | | | | | | | | | | | | | |
| ⬜ Δάγκειος πυρετός | | ⬜ Λοίμωξη από ιό Chikungunya | | | | | | | | | | ⬜ Λοίμωξη από ιό Zika | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΑΣΘΕΝΗΣ*** | | | | | | | | | | | | | |
| **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.:** | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |
| ***ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ*** | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;** | | | | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲 Σχέση:**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | |
| ΕΑΝ ΚΡΟΥΣΜΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ZIKA: | | | | **Σεξουαλική επαφή με ταξιδιώτη** (τους τελευταίους 6 μήνες)**;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲** | | | | | | | | | |
|  | | | | ΕΑΝ ΝΑΙ ► Χώρες ταξιδιού συντρόφου; . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;** | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ |
| ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: **Χώρα καταγωγής:** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **►Είναι:** ⬜ Μετανάστης ⬜ Ταξιδιώτης . . . . . |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;** (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη   νόσου ή για έγκυες: κατά τη διάρκεια της κύησης) | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲** ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ **► Χώρες ταξιδιού;** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **🡲** ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ: **Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | | | **Διάρκεια ταξιδιού:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | |
| **Λόγος ταξιδιού:** | | ⬜ Αναψυχή | ⬜ Επαγγελματικοί λόγοι | ⬜ Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους | | ⬜ Άλλο**🡲** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| **Ταξίδι με γκρουπ;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ | | | |  | | | |
| **2.4 Επάγγελμα:** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | |
| **2.5 Μετάγγιση αίματος / προϊόντων ή   μεταμόσχευση ιστών, οργάνων ή κυττάρων;** (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) | | | | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲 Πότε;** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |
| **2.6 Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό;** | | | | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲 Τι εμβόλιο – πότε;** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ*** | | | | | *ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή EOΔY*(ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ) | | | | | | | | | |
| **3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘  **Ημ/νία διάγνωσης:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | | | **Κατάταξη**  **κρούσματος**: | | | | ⬜ Επιβεβαιωμένο  ⬜ Πιθανό | | | | | |
| **3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;**  . . . . . . . . . . . . . . | | | | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ | **🡲 Νοσοκομείο:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | |
| **Ημ/νία εισαγωγής:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | | | **Νοσηλεία σε ΜΕΘ;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ | | | | | | | | | |
| **3.3 Εκδηλώσεις:** ⬜ Πυρετός ⬜ Εξάνθημα | | | ⬜ Κεφαλαλγία ⬜ Μυαλγίες | | | | ⬜ Αρθραλγίες | | | | | ⬜ Αιμορραγικές εκδηλώσεις | | |
| ⬜ Επιπεφυκίτιδα | ⬜ σ.Guillain-Barré | | ⬜ Μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα | | | | ⬜ Μυελίτιδα | | | | | ⬜ Άλλο: . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . | | |
| **3.4 Ειδική κατάσταση:** | ⬜ Εγκυμοσύνη | | ⬜ Ανοσοκαταστολή | | | **🡲** Τι; . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | |
| **3.5 Έκβαση:** ⬜Ίαση | ⬜ Ακόμη ασθενής | | ⬜ Θάνατος από τη νόσο **🡲** **Ημ/νία θανάτου:** | | | | | | | | | | | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| **►** Ο/η θεράπων ιατρός: | | | | | | | | | | **►** | | | Υπογραφή (& σφραγίδα): | |
| **►** Τηλέφωνα για συνεννόηση: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1 Ορολογική εξέταση στον ορό:** | | **IgM:** ⬜ ΑΡΝ ⬜ ΘΕΤ ⬜ Δεν έγινε | | | | | | **IgG:** ⬜ ΑΡΝ ⬜ ΘΕΤ ⬜ Δεν έγινε | | | | | | |
| **4.2 Ανίχνευση RNA (PCR):** | | **Αίμα:** ⬜ ΑΡΝ ⬜ ΘΕΤ ⬜ Δεν έγινε | | | | | | **ΕΝΥ:** ⬜ ΑΡΝ ⬜ ΘΕΤ ⬜ Δεν έγινε | | | | | | |
| **Άλλο κλινικό δείγμα- ποιό:** . . . . . . . . . . . . . . . . . .⬜ ΑΡΝ ⬜ ΘΕΤ | | | | | | | | | | | | |
| **4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.4 Είδος/τύπος παθογόνου:** | | | | | | | | | | | Υπογραφή (& σφραγίδα):  **►** | | | |
| **►** Ο/η εργαστηριακός ιατρός: | | | | | | | | | | |