**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: |