ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

# ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑ Σ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα Αγράφων 3-5, Μαρούσι • ΤΚ 151 23 Αττική

Τηλ. 210 8899052

e-mail: [epid@eody.gov.gr](mailto:epid@eody.gov.gr)

# ΔΕΛΤ ΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣ ΗΜΑΤ ΟΣ

ΜΠΟΡΡΕΛΙΩΣΗ/ ΝΟΣΟΣ LYME, ΡΙΚΕΤΣΙΩΣΗ, ΑΝΑΠΛΑΣΜΩΣΗ, ΕΡΛΙΧΙΩΣΗ

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Μπορρελίωση/ νόσος Lyme Ρικετσίωση Αναπλάσμωση Ερλιχίωση | | | | | | |
| ***Α Σ Θ Ε Ν Η Σ*** | | | | | | |
| **ΑΜΚΑ: ► Επώνυμο:** | | | |  | * **Όνομα:** | |
| **Ημ/νία γέννησης:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ **ΕΑΝ ΑΓΝ**  **Ηλικία:** └──────┘ ετών μηνών ημερών (*ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)* | | | | | | |
| **Φύλο:**  Άρρεν  Θήλυ | | | | | | |
| **Τόπος διαμονής: ►Περιφερειακή Ενότητα (Νομός):** | | | | | | |
| * **Δήμος:** |  |  |  | * **Πόλη/χωριό:** |  |  |
| * **Οδός/Αριθμός: ►Τ.Κ.: ►Τηλ.:** | | | | | | |
| **Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Χώρα:** | | | | | | |
| ***Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ*** | | | | | | |
| **Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;**  ΟΧΙ  Ρομά  Μετανάστες/Πρόσφυγες  Έλληνες Μουσουλμάνοι  Ταξιδιώτες | | | | | | |
| **Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Σχέση:** | | | | | | |
| **Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;**  (κατά τις 30 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) | | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲** ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ **►Χώρες ταξιδιού;** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | |
| **Ιστορικό νύγματος από κρότωνα;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Πότε/ πού:** | | | | | | |
| **Ιστορικό πρόσφατης επίσκεψης σε εξοχή/ ύπαιθρο;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Πότε/ πού:** | | | | | | |
| **Επάγγελμα:** | | | | | | |
| ***Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α*** | | | | | | |
| **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** | | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | **Ημ/νία διάγνωσης:** | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | |
| **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Νοσοκομείο:** | | | | | | |
| **Ημ/νία εισαγωγής:** | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | | **Νοσηλεία σε ΜΕΘ;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | |
| **Εκδηλώσεις:**  Πυρετός  Μεταναστευτικό Ερύθημα  Άλλο εξάνθημα  Καταβολή  Κεφαλαλγία   Μυαλγίες/ Αρθραλγίες  Αρθρίτιδα  Καρδιολογικές εκδηλώσεις  Χρόνια ατροφική ακροδερματίτιδα   Μηνιγγίτιδα  Εγκεφαλίτιδα  Μυελίτιδα  Νευρίτιδα/ ριζονευροπάθεια  Άλλο: | | | | | | |
| **3.5 Ειδική κατάσταση:**  Εγκυμοσύνη  Ανοσοκαταστολή **🡲 Τι;** | | | | | | |
| **3.6 Ιστορικό μεταναστευτικού ερυθήματος/ νόσου Lyme στο παρελθόν;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ **🡲 Πότε:** | | | | | | |
| **3.8 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 Έλεγχος αντισωμάτων στον ορό:** | | | **IgM:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | | **IgG:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | |
| **4.2 Ορολογική μέθοδος:**  **ELISA**  **IFA**  **Άλλη:** | | | | | | |
| **4.3 Western Blot:** | | | **IgM:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | | **IgG:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | |
| **4.4 Έλεγχος αντισωμάτων στο ΕΝΥ:** | | | **IgM:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | | **IgG:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | |
| **4.5 Ανίχνευση DNA (PCR):** | | | **Αίμα:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | | **ΕΝΥ:**  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε | |
| **Άλλο κλινικό δείγμα- ποιο:** . . . . . . . . . . . . . . . . . .  ΑΡΝ  ΘΕΤ | | | |
| **4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:** | | | | | | |
| **4.7 Είδος/τύπος παθογόνου:** | | | | | | Υπογραφή (& σφραγίδα): |
| * Ο/η εργαστηριακός ιατρός: | | | | | |  |