

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ12
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

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

Ν Ο Σ Η Μ Α			
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:	▶ Τύπος Πιστοποιητικού:	▶ Αριθμός:	
▶ Επώνυμο:		▶ Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης:	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:		
1.3 Φύλο:	▶ Αν άλλο προσδιορίστε:		
1.4 Τόπος διαμονής:	▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):	▶ Δήμος:	▶ Άστεγος:
▶ Πόλη/χωριό:	▶ Οδός/Αριθμός:	▶ Τ.Κ.:	▶ Τηλ.:
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;		▼ Χώρα;	
Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;		▼ Σχέση;	
2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;		▼ Είδος: ▼ Προσδιορίστε (Επωνυμία)	
2.3 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;		▼ Ήρθε από:	▼ Αφιξη:
▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας;		▼ Από ποιά χώρα;	▼ Από πότε;
2.4 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;		▼ Ποιά;	
2.5 Ιατρικό / νοσηλευτικό επάγγελμα;	2.6 Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)		
2.7 Νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	2.8 Αιμοκάθαρση (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)		
2.9 Οδοντιατρική εργασία / επέμβαση; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	2.10 Έχει γίνει τατουάζ; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)		
2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β;		Ημερομηνία ▼ τελευταίας δόσης:	▼ Αριθ. δόσεων:
2.12 Έχει λάβει αγωγή για την Ηπ. C;			
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 ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ Κατάταξη κρούσματος:
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:			
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: ▶ Κλινική:			
3.3 Ίκτερος;			
3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα;			
3.5 Έκβαση:			▼ Ημ/νία θανάτου:



► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνο επικοινωνίας για συνεννόηση:



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ηπ. Β	4.1 HBsAg:	4.2 anti-HBc IgM:
	4.3 ολικό anti-HBc:	4.4 HBV DNA:
	4.5 HBsEg:	4.6 anti-HDV:
Ηπ. C	4.7 anti-HCV (EIA):	4.8 HCV RNA:
Βιοχημ.	4.9 SGOT/AST (U/L):	4.10 SGPT/ALT (U/L):
	4.11 Άλλο εύρημα:	

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

► Σχόλια:

Υπογραφή (& σφραγίδα):