

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΙΠΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Δ Σ Θ Ε Ν Η Σ	
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.:	
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: ► Επάγγελμα:	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση:	
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιό/ά:	
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού:	
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ήρθε από: ☐ Αφίξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ ► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Από ποιά χώρα; ☐ Από πότε: ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά:	
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: ☐ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	
2.7 Εμβολιασμός για γρίπη; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία: ____/____/____	
2.8 Επαφή με άγρια ή οικόσιτα ζώα ή πτηνά μέχρι και 7 μέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι:	
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: ☐ Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό ► Νοσηλεία σε ΜΕΘ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____ ☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις ή Συμπτώματα:	
3.4 Υποκείμενα νοσήματα:	
3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία Ιογενής/βακτηριακή ☐ Εκδηλώσεις ΚΝΣ ☐ Μυοκαρδίτιδα/Περικαρδίτιδα ☐ Διασωλήνωση ☐ Ραβδομύλωση/ Μυοσίτιδα ☐ Πολυοργανική Ανεπάρκεια/Σήψη ☐ Άλλη ☐	
3.6 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται	
4.2 Έλεγχος αντιγόνου: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	4.3 Ανίχνευση RNA του ιού: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.4 Τύπος/υπότυπος ιού:	
4.5 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιό: Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	