

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**  
**ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης:    /    /    

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: .....

|                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΟΥ                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Νόσος Λεγεωναρίων                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Πυρετός Pontiac                                                                                                                               |  |
| ΑΣΘΕΝΗΣ                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 1.1 ΑΜΚΑ:                                                                                                                                                                                                        |  | ▶ Επώνυμο:                                                                                                                                                             |  |
| 1.2 Ημ/νία γέννησης:   /   /   ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:    ετών μηνών ημερών<br>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)                                                                                                               |  | 1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ                                                                                                 |  |
| 1.4 Τόπος διαμονής: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):                                                                                                                                                                    |  | ▶ Δήμος: <input type="checkbox"/> Αστέγος                                                                                                                              |  |
| ▶ Πόλη/χωριό:                                                                                                                                                                                                    |  | ▶ Οδός/Αριθμός:                                                                                                                                                        |  |
| ▶ Τ.Κ.:                                                                                                                                                                                                          |  | ▶ Τηλ.:                                                                                                                                                                |  |
| 1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Χώρα: .....                                                                         |  |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα:                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Σχέση: .....                                                                        |  |
| 2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση:                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πού: .....                                                                          |  |
| 2.3 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό:                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Ήρθε από: ..... <input type="checkbox"/> Αφίξη:   /   /    ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ         |  |
| ▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας:                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Από ποιά χώρα: ..... <input type="checkbox"/> Από πότε:   /   /    ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ       |  |
| 2.4 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα:                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Ποιά: .....                                                                         |  |
| 2.5 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;<br>(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Χώρα: ..... <input type="checkbox"/> Αφίξη στην Ελλάδα:   /   /    ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ |  |
| 2.6 Διαμονή σε ξενοδοχείο / νοσοκομείο;<br>(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πού-πότε: .....                                                                     |  |
| 2.7 Σε πισίνα / λουτρό / σπορ με νερό;<br>(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πού-πότε: .....                                                                     |  |
| 2.8 Κεντρικός κλιματισμός στην εργασία ή σε άλλο χώρο όπου συχνάζει;                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πού-πότε: .....                                                                     |  |
| ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ                                                                                                                                                                                           |  | ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ<br><u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u>                                                                                                   |  |
| 3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:   /   /                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο                                                                                                                                 |  |
| 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ<br>ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: .....                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Πιθανό                                                                                                                                        |  |
| 3.3 Ατομικό ιστορικό: <input type="checkbox"/> Κάπνισμα <input type="checkbox"/> Πνευμονοπάθεια <input type="checkbox"/> Σακχαρώδης διαβήτης <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή                             |  | Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ημ/νία εισαγωγής:   /   /                                                                                                |  |
| 3.4 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Γριπώδης συνδρομή <input type="checkbox"/> Πνευμονία                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος <input type="checkbox"/> Ημ/νία θανάτου:   /   /                                               |  |                                                                                                                                                                        |  |
| ▶ Ο/η θεράπων ιατρός: .....                                                                                                                                                                                      |  | Υπογραφή (& σφραγίδα):                                                                                                                                                 |  |
| ▶ Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                        |  |
| ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 4.1 Αντιγόνο στα ούρα: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε                                                                                              |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 4.2 Καλλιέργεια: ▶ Υλικό: ..... <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται                                                 |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 4.3 Ορολογική εξέταση: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> 4πλασιασμός τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 4.5 Είδος/οροομάδα λεγιονέλλας: .....                                                                                                                                                                            |  | Υπογραφή (& σφραγίδα):                                                                                                                                                 |  |
| ▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                        |  |