

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

☐ Πολιομυελίτιδα (και οξεία χαλαρή παράλυση)

☐ Ασυνήθιστο συμβάν (συρροής κρουσμάτων ή μεμονωμένου περιστατικού) ☐

Για Ασυνήθιστο συμβάν, Πολιομυελίτιδα (οξεία χαλαρή παράλυση):

Α 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:

Κ Υ Ρ Ι Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

2.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ ► ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

2.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

2.3 Κύριες κλινικές εκδηλώσεις:

2.4 Κύρια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά:

► 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

3.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

3.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:

3.3 Είδος/τύπος παθογόνου: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: ►