

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ΕΤΩΝ 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:	

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση:	
2.2 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ήρθε από:	☐ Αφιξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
► Μετανάστης/Πρόσφυγας:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Από ποιά χώρα:	☐ Από πότε: ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.3 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά:	
2.4 Έχει συστηματική επαφή με ζώα:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι:	
2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου:	☐ ΟΧΙ ☐ Κτηνοτρόφος ☐ Κτηνίατρος ☐ Άλλο ☐ Τι:	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ Κατάταξη ☐ Επιβεβαιωμένο κρούσματος:
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	
3.3 Παλαιό ιστορικό εχινόκοκκιασης:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τί/πότε:
3.4 Εκδηλώσεις:	☐ Καμία (τυχαίο εύρημα) ☐ Ηπατομεγαλία ☐ Βήχας ☐ Αιμόπτυση ☐ Αναφυλακτική αντίδραση
3.5 Εντόπιση:	☐ Ηπατική ☐ Πνευμονική ☐ Άλλη ☐ Πού:
3.6 Μορφή:	☐ Μονήρης κύστη ☐ Πολλαπλές κύστεις
3.7 Θεραπεία:	☐ Φαρμακευτική ☐ Χειρουργική ☐ Άλλο ☐ Τι:
3.8 Έκβαση:	☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα): ►
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Έλεγχος αντισωμάτων:	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ έγινε ☐ Μέθοδος:
4.2 Παθολογοανατομικός έλεγχος:	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ έγινε ☐ Αναμένεται
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.4 Είδος εχινόκοκκου:	Υπογραφή (& σφραγίδα): ►
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	