

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΣΤΟΝ ΕΟΔΥ: 210.8899.000

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α			
☐ Αλλαντίαση	☐ Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	☐ Λύσσα	☐ ΣΟΑΣ (SARS)
☐ Άνθρακας	☐ Ευλογιά	☐ Μελιοείδωση/Μάλη	☐ Τουλαραιμία
☐ Διφθερίτιδα	☐ Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	☐ Πανώλη	☐ Χολέρα
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:			
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 ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση:			
► Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Περιγράψτε:			
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά;			
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού;			
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ήρθε από: ☐ Αφιξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Από ποιά χώρα: ☐ Από ποία: ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά;			
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: ☐ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
2.7 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων:			
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 ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		☐ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		☐ Πιθανό	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		☐ Ενδεχόμενο	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:		3.4 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► 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			
4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ			
4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:			
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου:		Υπογραφή (& σφραγίδα): ►	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			