



ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΕΛΟΝΟΣΙΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:
Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ
Τόπος κατοικίας: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):		☐ Άστεγος
► Δήμος:		► Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση:		► Τηλ.:

Π Α Ρ Α Γ Ω Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ

Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ποια;	☐ Αθίγγανος ☐ Πομάκος
Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Χώρα:	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ:	Χώρα καταγωγής:	► Είναι:	☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης
Ταξίδεψε ή διέμενε σε ενδημική για την ελονοσία χώρα τα τελευταία 5 έτη (ανεξαρτήτως εθνικότητας);	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		
☐ ΕΑΝ ΝΑΙ: Ημ/νία τελευταίας άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____			
Σε ποιες ενδημικές για την ελονοσία χώρες ταξίδεψε / διέμενε τα τελευταία 5 έτη;			
Λόγος του τελευταίου ταξιδιού:	☐ Αναψυχή ☐ Επαγγελματικοί ☐ Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους ☐ Άλλο		
Διάρκεια τελευταίου ταξιδιού σε χώρα ενδημική για ελονοσία:			
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: Έλαβε συστηματικά χημειοπροφύλαξη, σύμφωνα με τις οδηγίες;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		
ΕΑΝ ΝΑΙ ☐ Ποιο φάρμακο;		Συνέχισε να το παίρνει όταν επέστρεψε για..... εβδομάδες	
Επάγγελμα:		Εγκυμοσύνη:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
Μετάγγιση αίματος/παραγώγων; (κατά τους 3 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Πότε;	

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Ημ/νία 1 ^{ης} επίσκεψης σε ιατρό: ____/____/____	
Ημ/νία διάγνωσης: ____/____/____	Ημ/νία έναρξης θεραπείας: ____/____/____	
Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Νοσοκομείο:
Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	Νοσηλεία σε ΜΕΘ;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
Ιστορικό προηγούμενου επεισοδίου ελονοσίας;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Πότε (έτος); ____ ☐ Πού;
Εκδηλώσεις:	☐ Πυρετός ☐ Σπληνομεγαλία ☐ ARDS ☐ Εκδηλώσεις από ΚΝΣ ☐ Ήπια συμπτώματα	
Θεραπευτική αγωγή:	☐ Χλωροκίνη ☐ Ατοβακόνη-Προγουανίλη ☐ Μεφλοκίνη ☐ Κινίνη	
	☐ Παράγωγα Αρτεμισίνης ☐ Άλλο ☐ Ποιό;	
Σε P.vivax ή P.ovale:	Επάρκεια ενζύμου G6PD;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
	ΕΑΝ ΝΑΙ ☐ Χορήγηση Πριμακίνης;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
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

Εστάλη δείγμα σε εργαστήριο αναφοράς;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Μικροσκοπική εξέταση:	☐ Αρνητική ☐ Θετική ☐ Δεν έγινε
Ανίχνευση DNA Plasmodium (PCR):	☐ Αρνητική ☐ Θετική ☐ Δεν έγινε	☐ Αναμένεται	
Δοκιμασία ταχείας διάγνωσης ελονοσίας:	☐ Αρνητική ☐ Θετική ☐ Δεν έγινε		
Αναιμία:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Θρομβοπενία:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
Άλλα ευρήματα:			
Είδος πλασμοδίου:	☐ P. vivax ☐ P. falciparum ☐ P. ovale ☐ P. malariae ☐ P. knowlesi ☐ Ατυποποίητο		
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	