ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ___/___/___

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

ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΟΥ

☐ Σπλαχνική ☐ Δερματική | ☐ Πρώτη εκδήλωση νόσου ☐ Υποτροπή

ΑΣΘΕΝΗΣ

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;** .....

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** : ..... ☐ **Άφιξη:** ___/___/___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

► **Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Από ποιά χώρα:** ..... ☐ **Από πότε;** ___/___ (ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.3 **Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ποιά;** .....

2.4 **Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;** (κατά τους 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πού-πότε** (ημερ. άφιξης στην Ελλάδα); .....

2.5 **Πρόσφατη πολυήμερη διαμονή σε άλλες περιοχές της χώρας;** (κατά τους 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ποιές;** α). ..... β) .....

2.6 **Υπάρχει σκύλος στο σπίτι;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Έχει/είχε Kala-azar;** ☐ ΟΧΙ γνωστό ☐ ΝΑΙ
☐ **Δόθηκε οδηγία για κτηνιατρικό έλεγχο του σκύλου;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

2.7 **Υπάρχουν σκνίπες στην περιοχή κατοικίας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο**

3.1 **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** ___/___/___

3.2 **Ημ/νία διάγνωσης:** ___/___/___

3.3 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► **Νοσοκομείο:** ..... ☐ **Ημ/νία εισαγωγής:** ___/___/___

3.4 **Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ ☐ **Τι;** .....

3.5 **Προηγούμενο ιστορικό λεϊσμανίασης;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πότε;** .....

3.6 **Εκδηλώσεις:** ☐ Πυρετός ☐ Ηπατο- ή σπληνομεγαλία ☐ Διόγκωση λεμφαδένων ☐ Απώλεια βάρους
☐ Δερματικές οζώδεις βλάβες ☐ Δερματικές ελκώδεις βλάβες ☐ Πτώση σειρών αίματος

3.7 **Έκβαση:** ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ **Ημ/νία θανάτου:** ___/___/___

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 **Μικροσκοπική εξέταση σε:** ► **Υλικό:** ..... ☐ Δεν έγινε ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Αναμένεται

4.2 **Ανίχνευση DNA λεϊσμάνιας (PCR) σε:** ► **Υλικό:** ..... ☐ Δεν έγινε ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Αναμένεται

4.3 **Ορολογική εξέταση:** ☐ Δεν έγινε ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ► **Ορολογική Μέθοδος:** .....

4.4 **Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:** .....

4.5 **Είδος λεϊσμάνιας:** .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.