

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΔΑΓΚΕΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ, CHIKUNGUNYA, ΖΙΚΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

☐ Δάγκειος πυρετός ☐ Λοίμωξη από ιό Chikungunya ☐ Λοίμωξη από ιό Zika

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.: _____

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση:
ΕΑΝ ΚΡΟΥΣΜΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ΖΙΚΑ: Σεξουαλική επαφή με ταξιδιώτη (τους τελευταίους 6 μήνες); ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐
ΕΑΝ ΝΑΙ ► Χώρες ταξιδιού συντρόφου;

2.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής: ► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης

2.3 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού;
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου ή για έγκυες: κατά τη διάρκεια της κύησης)

☐ ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ: Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____ Διάρκεια ταξιδιού:
Λόγος ταξιδιού: ☐ Αναψυχή ☐ Επαγγελματικοί λόγοι ☐ Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους ☐ Άλλο ☐
Ταξίδι με γκρουπ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

2.4 Επάγγελμα:

2.5 Μετάγγιση αίματος / προϊόντων ή μεταμόσχευση ιστών, οργάνων ή κυττάρων; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πότε;
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)

2.6 Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι εμβόλιο – πότε;

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: ____/____/____
Ημ/νία διάγνωσης: ____/____/____

Κατάταξη ☐ Επιβεβαιωμένο
κρούσματος: ☐ Πιθανό

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

3.3 Εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Κεφαλαλγία ☐ Μυαλγίες ☐ Αρθραλγίες ☐ Αιμορραγικές εκδηλώσεις
☐ Επιπεφυκίτιδα ☐ σ.Guillain-Barré ☐ Μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα ☐ Μυελίτιδα ☐ Άλλο:

3.4 Ειδική κατάσταση: ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Τι;

3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος από τη νόσο ☐ 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 Ορολογική εξέταση στον ορό: IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε IgG: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.2 Ανίχνευση RNA (PCR): Αίμα: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ENY: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

Άλλο κλινικό δείγμα- ποιό: ☐ APN ☐ ΘΕΤ

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.4 Είδος/τύπος παθογόνου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: