

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

► 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/νση:	► Τηλ.:	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ		
2.1 Επάγγελμα:	► Πολύωρη υπαίθρια παραμονή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι;	
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά;	
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα:	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ:	► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης ☐ Άλλο ☐	
2.4 Πρόσφατο ταξίδι από το εξωτερικό (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού-πότε;	
Επίσκεψη σε άλλες περιοχές της Ελλάδας (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιές; α) β)	
2.5 Μετάγγιση αίματος/παραγώγων ή μεταμόσχευση οργάνων ή εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα; (τις 2 εβδ. πριν έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι, πού, πότε;	

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

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Ειδική κατάσταση: ☐ Σε ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Νεογνό (<28 ημερών)	
3.4 Εκδηλώσεις από ΚΝΣ: ☐ Εγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Πάρεση - παράλυση	
3.5 Άλλες εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Κεφαλαλγία ☐ Εξάνθημα ☐ Τι;	
3.6 Υποκείμενα νοσήματα:	
3.7 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 Ορολογική εξέταση στον ορό:	IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	IgG: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.2 Ορολογική εξέταση στο ΕΝΥ:	IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	IgG: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.3 Ανίχνευση RNA (PCR):	ΕΝΥ: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	Αίμα: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:		