

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

**ΜΠΟΡΡΕΛΙΩΣΗ/ ΝΟΣΟΣ LYME, ΡΙΚΕΤΣΙΩΣΗ, ΑΝΑΠΛΑΣΜΩΣΗ, ΕΡΛΙΧΙΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Μπορρελίωση/ νόσος Lyme                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ρικετσίωση                                                                | <input type="checkbox"/> Αναπλάσμωση                                                              | <input type="checkbox"/> Ερlichίωση |
| <b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| ΑΜΚΑ: _____                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    | ► Επώνυμο: _____                                                                                  |                                     |
| Ημ/νία γέννησης: ____/____/____                                                                                                                                                                                      |                                                                                                    | ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)                                |                                     |
| Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ                                                                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Τόπος διαμονής: ► Περιφερειακή Ενότητα (Νομός): _____                                                                                                                                                                |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| ► Δήμος: _____                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    | ► Πόλη/χωριό: _____                                                                               |                                     |
| ► Οδός/Αριθμός: _____                                                                                                                                                                                                |                                                                                                    | ► Τ.Κ.: _____                                                                                     |                                     |
| ► Τηλ.: _____                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Χώρα: _____                                                                                             |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| <b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Ρομά <input type="checkbox"/> Μετανάστες/Πρόσφυγες <input type="checkbox"/> Έλληνες Μουσουλμάνοι <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτες |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Σχέση: _____                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού; .....                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| (κατά τις 30 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ιστορικό νύγματος από κρότωνα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πότε/ πού: _____                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ιστορικό πρόσφατης επίσκεψης σε εξοχή/ ύπαιθρο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πότε/ πού: _____                                                                  |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Επάγγελμα: _____                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| <b>Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____                                                                                                                                                                           |                                                                                                    | Ημ/νία διάγνωσης: ____/____/____                                                                  |                                     |
| Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο: _____                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    | Νοσηλεία σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ                        |                                     |
| Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Μεταναστευτικό Ερύθημα <input type="checkbox"/> Άλλο εξάνθημα <input type="checkbox"/> Καταβολή <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία            |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Μυαλγίες/ Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα <input type="checkbox"/> Καρδιολογικές εκδηλώσεις <input type="checkbox"/> Χρόνια ατροφική ακροδερματίτιδα                          |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μυελίτιδα <input type="checkbox"/> Νευρίτιδα/ ριζονευροπάθεια <input type="checkbox"/> Άλλο: _____               |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 3.5 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Τι; _____                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 3.6 Ιστορικό μεταναστευτικού ερυθήματος/ νόσου Lyme στο παρελθόν; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πότε: _____                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 3.8 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος <input type="checkbox"/> Ημ/νία θανάτου: ____/____/____                                            |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| ► Ο/η θεράπων ιατρός: _____                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    |                                                                                                   | Υπογραφή (& σφραγίδα): _____        |
| ► Τηλέφωνα για συνεννόηση: _____                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   | ► _____                             |
| <b>Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 4.1 Έλεγχος αντισωμάτων στον ορό:                                                                                                                                                                                    | IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε  | IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε |                                     |
| 4.2 Ορολογική μέθοδος: <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFA <input type="checkbox"/> Άλλη:                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 4.3 Western Blot:                                                                                                                                                                                                    | IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε  | IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε |                                     |
| 4.4 Έλεγχος αντισωμάτων στο ENY:                                                                                                                                                                                     | IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε  | IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε |                                     |
| 4.5 Ανίχνευση DNA (PCR):                                                                                                                                                                                             | Αίμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε | ENY: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                      | Άλλο κλινικό δείγμα- ποιο: ..... <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ         |                                                                                                   |                                     |
| 4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: _____                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                                   |                                     |
| 4.7 Είδος/τύπος παθογόνου: _____                                                                                                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                   | Υπογραφή (& σφραγίδα): _____        |
| ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                                                                                                   | ► _____                             |