

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Α (iGAS)

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ	
1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο: ► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	ΕΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ (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 Επάγγελμα:	
1.6 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Χώρα:
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	
Υπάρχει στενή επαφή με	
2.1 επιβεβαιωμένο κρούσμα τους τελευταίους 3 μήνες; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Σχέση:
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Ποιό/ά:
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Πού:
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Ηρθε από: ☐ Αφίξη: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Από ποιά χώρα: ☐ Από πότε: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Τι:
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Χώρα: ☐ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο Κατάταξη ☐ Πιθανό κρούσματος: ☐ Ενδεχόμενο
► Νοσοκομείο:	► Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Κλινική Εικόνα: ☐ Βακτηριαμία ☐ Πνευμονία ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Κυτταρίτιδα ☐ Οστεομυελίτιδα ☐ Νεκρωτική Απνευρωσίτιδα ☐ Στρεπτοκοκκικό τοξικό σύνδρομο	
3.4 Αντιβιοτικό πριν τη λήψη καλλιέργειας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Τι:
3.5 Ανδοσκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Τι:
3.6 Πρόσφατη νόσηση από άλλο λοιμώδες νόσημα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	► Τι:
3.7 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος	► Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
► Ο/η θεράπων ιατρός:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Strep Test: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	4.2 Καλλιέργεια Φαρυγγικού: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ
4.3 Καλλιέργεια Αίματος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	4.4 Καλλιέργεια ΕΝΥ: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ
► Άλλο υλικό:	
4.5 Είδος/οροομάδα παθογόνου:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	