

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ**

- Ημερομηνία δήλωσης: / /
- Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

ΑΣΘΕΝΗΣ			
1.1 ΑΜΚΑ:		► Επώνυμο: ► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: / / ΕΑΝ ΑΓΝ ☐ Ηλικία: ετών μηνών ημερών		1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):		► Δήμος: ☐ Αστέγος	
► Πόλη/χωριό: ► Οδός/Αριθμός:		► Τ.Κ.: ► Τηλ.:	
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ► Χώρα:			
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ/ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Σχέση:			
2.2 Πηγαίνει παιδ. σταθμό/σχολείο/σχολή ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Ποιό/ά:			
2.3 Εργασία: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Προσδιορίστε:			
2.4 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Πού:			
2.5 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Ήρθε από: ► Αφιξη: / /			
► Μετανάστης/Πρόσφυγας: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Από ποιά χώρα: ► Από πότε: / /			
2.6 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα: (πχ. Κοινότητα Ρομά) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Τι:			
2.7 Αντιπνευμονιοκοκκικός Εμβολιασμός (αναφέρεται σε παιδιά και ενήλικες)			
PCV13 ☐	PCV 15 ☐	PCV 20 ☐	PPSV23 ☐
Ημ/νίες δόσεων 1. / / 2. / / 3. / /	Ημ/νίες δόσεων 1. / / 2. / / 3. / /	Ημ/νίες δόσεων 1. / / 2. / / 3. / /	Ημ/νίες δόσεων 1. / / 2. / / 3. / /
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ/ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΣΗΣ (ΟΛΕΣ ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ)			
3.1 Προωρότητα (<37 εβδο. κύησης) ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ		3.7 Ανοσοκαταστολή ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ	
3.2 Συγγενείς/ Χρωμοσωμικές ανωμαλίες ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ		3.8 Κατάχρηση αλκοόλ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ	
3.3 Μεταβολικό Νόσημα ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ		3.9 Κάπνισμα ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ	
3.5 Ασπληνία ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ		3.10 Άλλο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ	
3.6 Χρόνια Νοσήματα ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ			
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			
4.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: / /		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο Κατάταξη κρούσματος ☐ Πιθανό	
4.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: ► Ημ/νία εισαγωγής: / / ► Νοσηλεία σε ΜΕΘ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ			
4.3 Κλινική εικόνα: ☐ Βακτηριαίμια ☐ Πνευμονία ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Άγνωστο ☐ Άλλο Προσδιορίστε:			
4.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ Ημ/νία θανάτου: / /			
► Ο/η θεράπων ιατρός:		► Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:			
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			
5.1 Κλινικό δείγμα: ☐ Αίμα ☐ ΕΝΥ ☐ Πλευρικό υγρό ☐ Αρθρικό υγρό ☐ Άλλο υλικό ► Προσδιορίστε:			
5.2 Αντιβιοτικό πριν λήψη δείγματος: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ			
5.3 Αν λήψη ΕΝΥ, προσδιορίστε ► Κύτταρα (/μL):..... ► Πολυ (%)..... ► Λέμφο (%)..... ► Πρωτεΐνη..... ► Γλυκόζη..... ► Χρώση Gram:.....			
5.4 Δείγμα 1 (προσδ.): PCR ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ Καλ/γεια: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ Δείγμα 2 (προσδ.): PCR ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ Καλ/γεια: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ			
5.6 Αποστολή στο ΕΚΑΜ (τηλ. 2132010268/267) για τυποποίηση ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ			
5.7 Πανευαίσθητο: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ► Ανθεκτικό σε (προσδ.):		► Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			