

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

☐ Ιλαρά ☐ Ερυθρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ανεμευλογιά με επιπλοκές

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.:

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα:

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση:

2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά;

2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού;

2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ήρθε από: ☐ Αφιξη: ____/____/____
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Από ποιά χώρα; ☐ Από πότε; ____/____/____
ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά;

2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: ☐ Αφίξη
στην Ελλάδα: ____/____/____
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.7 Εμβολιασμός με MMR/MMRV; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία
τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων:

2.8 Μονοδύναμο εμβόλιο;
(για νόσημα που δηλώνεται) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία
τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων:

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: ____/____/____

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: ☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ειδική κατάσταση: ☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογιά)

3.4 Κύριες εκδηλώσεις:

3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία ☐ Από ΚΝΣ ☐ Τι;
☐ Άλλη ☐

3.6 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: Υπογραφή (& σφραγίδα):

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

4.1 Εργαστήριο: Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____

Ημ/νία εργαστηριακού αποτελέσματος δείγματος: ____/____/____

4.2 Ορολογική εξέταση: IgG: ☐ ΑΡΝ ☐ 1 εξέταση θετική ☐ 4πλασιασμός τίτλου ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: PCR: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):