



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &
Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
EPID#:				
(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)				
Όνοματεπώνυμο:				
Φύλο: Άρρεν		Θήλυ		Εθνικότητα:
Ημερομηνία γέννησης: / /				
ή (εάν είναι άγνωστη η ημερομηνία γέννησης) Ηλικία				
κατά προσέγγιση: ετών μηνών ημερών (βάλτε σε κύκλο αναλόγως)				
Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός: ▶ Πόλη/Χωριό:				
▶ Δήμος/Κοινότητα:				
▶ Διεύθυνση:				
Τηλέφωνο:				
Όνομα πατρός: Όνομα μητρός:				

ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	
Ημερομηνία δήλωσης στο ΕΟΔΥ: / /	
Ημερομηνία 1 ^{ης} εξέτασης σε Εξ. Ιατρείο / Κέντρο Υγείας / Ιατρείο ΙΚΑ, λόγω της ΟΧΠ: / /	
Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο: / /	
Όνομα Νοσοκομείου:	
Κλινική διάγνωση:	
Όνομα θεράποντος ιατρού:	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης: / /

Εάν ο ασθενής απεβίωσε, ημερομηνία θανάτου: / /

Υπάρχει ιστορικό προηγούμενης παράλυσης, επιληψίας ή άλλων νευρολογικών διαταραχών του ασθενούς;	ΝΑΙ____ΟΧΙ____ΑΓΝΩΣΤΟ____
--	---------------------------

Προσδιορίστε:				
► Είναι η παρούσα παράλυση οξεία;	NAI_____	OXI_____	ΑΓΝΩΣΤΟ	
► Είναι η παρούσα παράλυση χαλαρή;	NAI_____	OXI_____	ΑΓΝΩΣΤΟ	

Εάν η παράλυση δεν είναι οξεία και χαλαρή, σταματήστε τη - συνιστώμενη από τον Π.Ο.Υ
- διερεύνηση περιστατικού ΟΧΠ

Εάν η παράλυση είναι οξεία και χαλαρή, συνεχίστε τη διερεύνηση που συνιστάται περιστατικού ΟΧΠ

(εξέταση δύο δειγμάτων κοπράνων, επανεξέταση σε 60-90 ημέρες

Υπήρχε πυρετός κατά την έναρξη της παράλυσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
---	-----	-----	---------

Είναι η παράλυση ασύμμετρη;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
-----------------------------	-----	-----	---------

Μέσα σε πόσες ημέρες ολοκληρώθηκε η παράλυση; (από την έναρξη της παράλυσης έως την πλήρη εγκατάστασή της)	σε..... ημέρες	ΑΓΝΩΣΤΟ
--	----------------	---------

Συνυπάρχει άσηπτη μνηιγγίτιδα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
--------------------------------	-----	-----	---------

Έγινε Οσφυονωτιαία Παρακέντηση (Ο.Ν.Π.);	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
--	-----	-----	---------

Av NAI	Κύτταρα	Λεύκωμα	Σάκχαρο
--------------	---------	---------	---------

Εντόπιση	Αριστερό κάτω άκρο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
----------	--------------------	-----	-----	---------

παράλυσης:	Δεξί κάτω άκρο	NAI	OXI	ΑΓΝΩΣΤΟ
------------	----------------	-----	-----	---------

Αριστερό άνω άκρο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
-------------------	-----	-----	---------

Δεξί άνω άκρο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
---------------	-----	-----	---------

Αναπνευστικοί μύες	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
--------------------	-----	-----	---------

Αυχενικοί / Τραχηλικοί μύες	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
-----------------------------	-----	-----	---------

Προσωπικοί μύες	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
-----------------	-----	-----	---------

[illegible]

Που εντοπίζεται η παράλυση στα άνω άκρα;	Κεντρομελικά	Περιφερικά	Κεντρομελικά και περιφερικά	ΑΓΝΩΣΤΟ
--	--------------	------------	-----------------------------	---------

Που εντοπίζεται η παράλυση στα κάτω άκρα;	Κεντρομελικά	Περιφερικά	Κεντρομελικά και περιφερικά	ΑΓΝΩΣΤΟ
---	--------------	------------	-----------------------------	---------

Υπάρχει διαταραχή αισθητικότητας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝΩΣΤΟ
-----------------------------------	-----	-----	---------

--	--	--	--

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ανήκει ο ασθενής τε ομάδα υψηλού κινδύνου *:

ΟΧΙ

ΝΑΙ

Αν ναι, προσδιορίστε:

Ταξίδεψε ο ασθενής εντός ή εκτός Ελλάδας, 28 ημέρες πριν την έναρξη της παράλυσης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αν ναι, προσδιορίστε: ► την ημερομηνία αναχώρησης: / /

► την ημερομηνία επιστροφής: / /

► τον προορισμό του: • Χώρα:
• Περιοχή:
• Πόλη / Χωριό:

Υπάρχουν άλλα πρόσφατα περιστατικά ΟΧΠ στο περιβάλλον του ασθενούς (σε διάστημα 60 ημερών πριν από την έναρξη της παράλυσής του);

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

Είχε ο ασθενής βιβλιάριο εμβολιασμών διαθέσιμο σε εσάς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός δόσεων IPV/OPV που έχει λάβει ο ασθενής, κατά την ανοσοποίηση ρουτίνας:

.... δόσεις IPV
... δόσεις OPV

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός επιπρόσθετων δόσεων OPV ή IPV, που τυχόν έχει λάβει ο ασθενής, σε «εκστρατείες» συμπληρωματικού εμβολιασμού:

..... δόσεις

ΑΓΝΩΣΤΟ

Ημερομηνία τελευταίας δόσης εμβολίου: / / , IPV

OPV

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Ημερομηνία συλλογής 1^{ου} δείγματος κοπράνων: / /

Ημερομηνία συλλογής 2^{ου} δείγματος κοπράνων: / /

*Ομάδες υψηλού κινδύνου:

- Μετακινούμενοι πληθυσμοί (όπως μετανάστες που έχουν έρθει πρόσφατα στην Ελλάδα, άτομα που μένουν σε καταυλισμούς προσφύγων)
- Προσφάτως επαναπατρισθέντες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης ή των Βαλκανίων
- Αθίγγανοι
- Άτομα που διαβιούν σε περιβάλλον με κακές συνθήκες υγιεινής
- Οποιοδήποτε παιδί ανεμβολίαστο ή με ελλιπή εμβολιασμό έναντι της πολιομυελίτιδας
- Άτομα με ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού σε ενδημική χώρα (ενδημικές χώρες τον Ιούνιο 2009: Αφγανιστάν, Πακιστάν, Ινδία, Νιγηρία)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ: (που συμπληρώνει το Δελτίο)
ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΠΡΟΣΟΧΗ:

> ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΧΠ

> ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ,

60 - 90 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΔΕΛΤΙΟ (ΜΕΡΟΣ 2^ο)

Το Επιδημιολογικό Δελτίο Δήλωσης Περιστατικού Οξείας Χαλαρής Παράλυσης αποστέλλεται στη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων στο email: t.gergakoroulou@eody.gov.gr

- Τηλέφωνο : 210 5212388, 210 5212372
- Πληροφορίες: Γεωργακοπούλου Θεανώ, Βορρέ Στυλιανή
- Διεύθυνση : Αγράφων 3-5, Μαρούσι 151 23

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης
& Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ (ΟΧΠ)

ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ 60 ΗΜΕΡΕΣ

EPID#:		(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)			
Όνοματεπώνυμο ασθενούς:					
Τόπος κατοικίας: ► Νομός:		► Πόλη/Χωριό:			
► Δήμος/Κοινότητα:					
► Διεύθυνση:					
Έγινε επανεξέταση του ασθενούς μετά από 60 ημέρες;		NAI		OXI	
Αν όχι, γιατί:	Ο ασθενής πέθανε				
	Ο ασθενής δεν προσήλθε για επανεξέταση				
	Άλλη αιτία (προσδιορίστε):				
Ημερομηνία επανεξέτασης: / /					
Ευρήματα επανεξέτασης :	Ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία				
	Ο ασθενής δεν έχει υπολειμματική αδυναμία				
	(πλήρης αποκατάσταση μυικής ισχύος)				
	Άγνωστο				
Εάν ο ασθενής έχει υπολειμματική αδυναμία στην επανεξέταση μετά από 60 ημέρες:					
- Θα επανεξετασθεί περαιτέρω (μετά από 2 - 3 μήνες);		NAI		OXI	
- Τελική έκβαση, 4 - 5 μήνες μετά την έναρξη της ΟΧΠ (θα ληφθεί τηλεφωνικά):					
Πλήρης αποκατάσταση					
Υπολειμματική αδυναμία					
Τελική διάγνωση:					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:					
(που συμπληρώνει το Δελτίο)					
ΥΠΟΓΡΑΦΗ:					
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ:					
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:					

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης
& Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΟΞΕΙΑΣ ΧΑΛΑΡΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ

(αποστέλλεται στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών, μαζί με τα δείγματα κοπράνων)

EPID#:	(συμπληρώνεται από τον ΕΟΔΥ)		
Ονοματεπώνυμο ασθενούς:			
Ηλικία (κατά προσέγγιση):	ετών	μηνών	ημερών
(βάλτε σε κύκλο αναλόγως)			
Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη / Χωριό:		
Ημερομηνία έναρξης της παράλυσης:	/	/	
Ημερομηνία συλλογής 1 ^{ου} δείγματος κοπράνων:	/	/	
Ημερομηνία συλλογής 2 ^{ου} δείγματος κοπράνων:	/	/	
Ημερομηνία αποστολής δειγμάτων κοπράνων:	/	/	
Πιθανή διάγνωση:			
Όνομα θεράποντος ιατρού:			
Όνομα υπευθύνου στον οποίο θα αποσταλούν τα εργαστηριακά αποτελέσματα:			
Νοσοκομείο / Κλινική:			
Τηλέφωνο:			
Fax:			

Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

- Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
- Fax: 210 6478832
- Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ, ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ, ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ



Τμήμα Νοσημάτων
που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
και Συγγενών Λοιμώξεων

Τηλ.: 210 5212388, 210 5212372
E-mail: t.georgakopoulou@eody.gov.gr

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης &
Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα

ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΝΤΕΡΟΪΩΝ / ΠΟΛΙΟΪΩΝ

Σε κάθε περίπτωση Οξείας Χαλαρής Παράλυσης απαιτείται η συλλογή δύο τουλάχιστον δειγμάτων κοπράνων, με διάφορα τουλάχιστον 24 ωρών, κατά τις πρώτες 14 μέρες από την ημέρα έναρξης της παράλυσης.

Η απαιτούμενη ποσότητα κοπράνων είναι περίπου 8 - 10 γραμμάρια. Το δείγμα συλλέγεται σε αποστειρωμένο πλαστικό δοχείο, το οποίο πρέπει να κλείνει καλά, προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα διαρροής.

Πάνω σε κάθε δοχείο πρέπει να αναγράφεται ευκρινώς σε ετικέτα το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και η ημερομηνία συλλογής του δείγματος. Και τα δύο δείγματα αποστέλλονται μαζί στο εργαστήριο, σε συνθήκες 0-4 °C (σε παγοκύστες). Σε περίπτωση κωλύματος, τα κόπρανα φυλάσσονται στο ψυγείο (2⁰-4 °C) για 24 ώρες, μέχρι και την αποστολή των δειγμάτων. Σε περίπτωση μαζικής αποστολής τα δείγματα θα πρέπει να διατηρούνται στην κατάψυξη σε θερμοκρασία -20 °C.

Η αποστολή καλό είναι να γίνεται πρωινές ώρες, έτσι ώστε να φτάνουν τα δείγματα στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών μέχρι και τις 15:00 μ.μ.

Τα δείγματα κοπράνων και το παραπεμπτικό εξέτασης κοπράνων αποστέλλονται στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών / Πολιοϊών:

Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ - Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Εντεροϊών/Πολιοϊών:

Υπόψη: κας Λαμπροπούλου Σταυρούλας

- Τηλέφωνα: 210 6478822, 210 6478800
- Fax: 210 6478832
- Διεύθυνση: Β. Σοφίας 127, 11526 Αθήνα

Περισσότερες πληροφορίες δίδονται από τη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα/ Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων του ΕΟΔΥ

ΕΟΔΥ

- [Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα](#)
- [Τμήμα Νοσημάτων που προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Λοιμώξεων](#)

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 5212 388, 210 5212 372