

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

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

Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ

1.1 ΑΜΚΑ:	Επώνυμο:	Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ Ημερών/Μηνών/.....Ετών	1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ
1.4 Μαιευτήριο όπου γεννήθηκε:		
Μ Η Τ Ε Ρ Α : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ		
2.1 ΑΜΚΑ:	Επώνυμο:	Όνομα:
2.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	Ετών /Μηνών/ Ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
2.3 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):		► Δήμος: ☐ Άστεγη
► Πόλη/χωριό:		► Οδός/Αριθμός:
► Τ.Κ.:		► Τηλ.:
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:		

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

3.1 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα (πχ Τσιγγάνικη κοινότητα);	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιά:
3.2 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:
► Μετανάστης/Πρόσφυγας;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Από ποιά χώρα:
3.3 Ήταν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:
3.4 Ιστορικό νόσησης στην εγκυμοσύνη;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Τι/πότε:
3.5 Ιστορικό αποβολών;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
3.6 Εργαστηριακός έλεγχος για άλλο ΣΜΝ	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Προσδιορίστε:
3.7 Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
3.8 Έλαβε θεραπεία η μητέρα;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Προσδιορίστε:

Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

4.1 Βάρος γέννησης: gr	4.2 Διάρκεια κύησης: εβδ.	Κατάταξη ☐ Επιβεβαιωμένο
4.3 Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσ. Νεογνών; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Μονάδα:	κρούσματος: ☐ Πιθανό
→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____		
4.4 Κύριες εκδηλώσεις	☐ Ασυμπτωματικό νεογνό ☐ Εμπύρετο ☐ Αναπνευστική δυσχέρεια ☐ Χαμηλό ΒΓ	☐ Ηπατοσπληνομεγαλία ☐ Ίκτερος ☐ Αναιμία ☐ Ρινίτιδα ☐ Ψευδοπαράλυση ☐ Σημεία από το ΚΝΣ
☐ Βλεννογονοδερματικές αλλοιώσεις ☐ Κονδυλώματα ☐ Εξάνθημα ☐ Άλλο:		
4.5 Έκβαση: ☐ ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:		

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

5.1 Τρεπονημικές ορολογικές εξετάσεις νεογνού	Μη Τρεπονημικές ορολογικές εξετάσεις νεογνού	5.2							
APN	ΘΕΤ	ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	TIMH	APN	ΘΕΤ	ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	TIMH	Εργ. αποτελέσματα μητέρας	Προσδιορίστε
FTA-Abs				RPR				Τρεπονημικές ορολογικές εξετάσεις	
TPPA				VDRL				Μη τρεπονημικές ορολογικές εξετάσεις	
TRHA									
EIA									
5.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:								Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:									