

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΤΕΤΑΝΟΣ, ΚΟΚΚΥΤΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: / /

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α					
☐ Τέτανος		☐ Τέτανος, νεογνικός (ηλικία <1 μηνός)		☐ Κοκκύτης	
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:		
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ					
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;		☐ 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	◻ 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:		◻ Αφιξη στην Ελλάδα: / / ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.7 Εμβολιασμός με DTP / DTaP;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	◻ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: / / ◻ Αριθ. δόσεων:		
2.8 Εμβολιασμός με TdaP;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	◻ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: / / ◻ Αριθ. δόσεων:		
2.9 Εμβολιασμός με DT / Td / Te;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	◻ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: / / ◻ Αριθ. δόσεων:		
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ			ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ		
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: / /				◻ Κατάταξη κρούσματος: ◻ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ				◻ Πιθανό	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:				◻ Ενδεχόμενο	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:					
3.4 Επιπλοκές: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ◻ Τι;					
3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος		◻ Ημ/νία θανάτου: / /			
▶ Ο/η θεράπων ιατρός:				▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):	
▶ Τηλέφωνα για συνεννόηση:					
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ					
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος ▶ Υλικό:		☐ APN	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε	☐ Αναμένεται
4.2 Ag κοκκύτη: ▶ Υλικό:		☐ APN	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε	☐ Αναμένεται
4.3 PCR για Bordetella Pertussis: ▶ Υλικό:		☐ APN	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε	☐ Αναμένεται
4.4 Είδος παθογόνου:				▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):	
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:					