

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, ΟΞΕΙΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:		► Επώνυμο:	
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: ☐ Αφίξη: ____/____/____ 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 2-6 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: ☐ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
2.7 Εργάζεται σε βρεφονηπιακό σταθμό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιό;			
2.8 Εργάζεται σε χειρισμό τροφίμων; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού;			
2.9 Εμβολιασμός για Ηπ. Α; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων:			
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		► Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Ίκτερος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος		☐ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:		►	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			
Ηπ. Α	4.1 Ολικό anti-HAV: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	4.2 anti-HAV IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	
Ηπ. Β	4.3 HBsAg: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	4.4 anti-HBc IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	
Ηπ. C	4.5 anti-HCV (ΕΙΑ): ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ	4.6 Άλλο εύρημα:	
Βιοχημ.	4.7 SGOT/AST (U/L):	4.8 SGPT/ALT (U/L):	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			►