ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΛΙΣΤΕΡΙΩΣΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ___ / ___ / ___

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** .....

ΑΣΘΕΝΗΣ

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:** ..... ☐ **Άφιξη:** ___ / ___ / ___ (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[1]; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Χώρα:** ..... ☐ **Άφιξη στην Ελλάδα:** ___ / ___ / ___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.7 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; ☐ ΟΧΙ ☐ Κτηνοτρόφος ☐ Κρεοπώλης/σφαγείο ☐ Κτηνίατρος ☐ Αγρότης ☐ Άλλο ☐ .....

2.8 Επαφή με χώματα, κοπριά κτλ; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πού-πότε;** .....

2.9 Κατανάλωση ύποπτου τροφίμου; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Αν ναι, τι;** ☐ Μαλακό τυρί ☐ Αλλαντικά/Επεξεργασμένο κρέας ☐ Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά ☐ Άλλο

Διευκρινίστε (τι, πού, πότε;) : .....

Εάν νεογνό, είχε η μητέρα στην εγκυμοσύνη: ► **Εμπύρετο νόσημα;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πότε;** ___ / ___ / ___

► **Λιστεριώση;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πότε;** ___ / ___ / ___

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ **Κατάταξη κρούσματος:** ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___ / ___ / ___

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► **Νοσοκομείο:** ..... ☐ **Ημ/νία εισαγωγής:** ___ / ___ / ___

3.3 Ειδική κατάσταση: ☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Υποκείμενο νόσημα ☐ **Τι;** .....

☐ Εγκυμοσύνη ☐ ☐ Αποβολή/θνησιγένεια ☐ Προωρότητα ☐ Ηλικία κύησης: ___ εβδ. ☐ Μητέρα μετά τον τοκετό(≤6 εβδ)

3.4 Εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Άλλες εκδηλώσεις από ΚΝΣ ☐ **Τι;** .....

☐ Γριπώδης συνδρομή ☐ Σηψαιμία ☐ Άλλες ☐ **Τι;** .....

3.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ **Ημ/νία θανάτου:** ___ / ___ / ___

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

► Υπογραφή (& σφραγίδα):

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.2 PCR κλινικού δείγματος: ► **Υλικό:** ..... ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.3 Είδος/τύπος παθογόνου: .....

4.4 Στάλθηκε το στέλεχος σε Κέντρο Αναφοράς; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ποιο;** .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

[1] **Κατά τους 2 μήνες πριν την έναρξη της νόσου. Για κρούσματα με εκδηλώσεις από το ΚΝΣ ή βακτηριαιμία, πρόσφατο ταξίδι θεωρείται αυτό που έχει γίνει κατά τις δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της νόσου.**

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.