

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΑΜΠΥΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιότητα που δηλώνει το κρούσμα:

Δ Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	ΕΤΩΝ	μητών 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 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ Σ			
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 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα:	☐ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι-πού;			

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 Εκδηλώσεις: ☐ Εντερίτιδα ☐ Δυσεντερία ☐ Εντερικός πυρετός ☐ Σηψαιμία			
☐ Άλλο ☐			
3.4 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 Ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος <i>Campylobacter</i> spp.: ► Υλικό:		☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:			
4.4 Είδος/ορότυπος παθογόνου:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	
4.5 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σε ποιο;			
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			