

**ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΣΤΟΝ ΕΟΔΥ: 210.8899.000**

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: / /

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α			
☐ Αλλαντίαση	☐ Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	☐ Λύσσα	☐ ΣΟΑΣ (SARS)
☐ Άνθρακας	☐ Ευλογιά	☐ Μελιοειδωση/Μάλη	☐ Τουλαραιμία
☐ Διφθερίτιδα	☐ Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	☐ Πανώλη	☐ Χολέρα
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ:		▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ) ΕΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ		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;
▶ Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Περιγράψτε:
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Ποιά ;
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 πόσε ; ____/____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Ποιά;
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Χώρα: ☐ Αφίκη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.7 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται)		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων:
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 ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		☐ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		☐ Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό ☐ Ενδεχόμενο	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:		☐ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:			
3.4 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			
4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος;		☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:			
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου:			Υπογραφή (& σφραγίδα): ▶
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			