

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**  
**ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΕΙΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**  
**ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ**

► Ημερομηνία δήλωσης:    /    /    

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

|                                                                                                                                              |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|
| Ν Ο Σ Ε Η Μ Α                                                                                                                                |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος                                                                                       |  |                                                              | <input type="checkbox"/> Σαλμονέλλωση (μη τυφοειδική-παρατυφοειδική) |                                                       |                                                      |                                                                        | <input type="checkbox"/> Σιγκέλλωση    |                                                                        |  |
| Α Σ Θ Ε Ν Η Σ                                                                                                                                |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 1.1 ΑΜΚΑ:                                                                                                                                    |  | ▶ Επώνυμο:                                                   |                                                                      |                                                       |                                                      | ▶ Όνομα:                                                               |                                        |                                                                        |  |
| 1.2 Ημ/νία γέννησης:    /    /                                                                                                               |  | ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:                                            |                                                                      | ΕΤΩΝ    ΜΗΝΩΝ    ΗΜΕΡΩΝ<br>(ΒΑΛΤΕ ΣΤΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ) |                                                      | 1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ |                                        |                                                                        |  |
| 1.4 Τόπος διαμονής: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):                                                                                                |  |                                                              |                                                                      |                                                       | ▶ Δήμος:                                             |                                                                        |                                        | <input type="checkbox"/> Άστεγος                                       |  |
| ▶ Πόλη/χωριό:                                                                                                                                |  | ▶ Οδός/Αριθμός:                                              |                                                                      |                                                       | ▶ Τ.Κ.:                                              |                                                                        | ▶ Τηλ.:                                |                                                                        |  |
| 1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Χώρα ; .....                 |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| ΠΑ Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ   Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ   Κ Α Ι   Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ                                                                           |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Σχέση; .....                 |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή;                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ποιό/ά; .....                |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Πού; .....                   |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 2.4 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ήρθε από: .....              |                                                      | <input type="checkbox"/> Αφίξη:    /    /                              |                                        |                                                                        |  |
| ▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας;                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Από ποιά χώρα; .....         |                                                      | <input type="checkbox"/> Από πότε ;    /    /                          |                                        |                                                                        |  |
| 2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ποιά; .....                  |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 2.6 Ήταν πρόσφατα <sup>1</sup> στο εξωτερικό;                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Χώρα: .....                  |                                                      | <input type="checkbox"/> Αφίξη στην Ελλάδα:    /    /                  |                                        |                                                                        |  |
| 2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων;                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Τι-πού; .....                |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 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       |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:    /    /                                                                                                    |  |                                                              |                                                                      |                                                       | ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ                                          |                                                                        | <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο |                                                                        |  |
| 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    |                                                                      | Κατάταξη κρούσματος:                                  |                                                      | <input type="checkbox"/> Πιθανό                                        |                                        |                                                                        |  |
| ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο :                                                                                                                 |  | .....                                                        |                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> Ημ/νία εισαγωγής:    /    / |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 3.3 Εκδηλώσεις:                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Εντερίτιδα                          |                                                                      | <input type="checkbox"/> Δυσεντερία                   |                                                      | <input type="checkbox"/> Εντερικός πυρετός                             |                                        | <input type="checkbox"/> Σηψαιμία                                      |  |
|                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/> ..... |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 3.4 Έκβαση:                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Ίαση                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής                |                                                      | <input type="checkbox"/> Θάνατος                                       |                                        | <input type="checkbox"/> 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ▶ Υλικό: .....                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> ΑΡΝ                                 |                                                                      | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                          |                                                      | <input type="checkbox"/> Δεν έγινε                                     |                                        | <input type="checkbox"/> Αναμένεται                                    |  |
| 4.2 Ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος <i>Salmonella</i> spp/ <i>Shigella</i> spp.:                                                                |  | ▶ Υλικό: .....                                               |                                                                      | <input type="checkbox"/> ΑΡΝ                          |                                                      | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                                           |                                        | <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται |  |
| 4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:                                                                                                               |  | .....                                                        |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| 4.4 Είδος/ορότυπος παθογόνου: .....                                                                                                          |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      | Υπογραφή (& σφραγίδα):                                                 |                                        |                                                                        |  |
| 4.5 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Σε ποιο; ..... |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |
| ▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....                                                                                                            |  |                                                              |                                                                      |                                                       |                                                      |                                                                        |                                        |                                                                        |  |

<sup>1</sup> (i. για μη τυφο-παρατυφική σαλμονέλλωση: κατά τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου, ii. για σινγκέλλωση: κατά τη 1 εβδομάδα πριν από έναρξη νόσου, iii. για τυφοειδή / παρατυφοειδή πυρετό: κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)