

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΓΡΙΠΗΣ Α(Η5Ν1)
Ή ΓΡΙΠΗΣ ΖΩΪΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

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: ► Επάγγελμα:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Επιδημιολογικά κριτήρια γρίπης ζωικής προέλευσης: Επαφή με πτηνά, μινκ, χοίρους ή άγρια ζώα ή επίσκεψη σε περιοχή με κρούσματα γρίπης σε πτηνά ή ζώα μέχρι και 10 μέρες πριν από την έναρξη της νόσου; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Περιγράψτε	2.2 Ενασχόληση με εκτροφή πουλερικών, βοοειδών, μινκ, χοίρων, άγριων πτηνών ή ζώων; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Αν ναι τι;
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πού;	2.4 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Σχέση;
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποια;	2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από την έναρξη της νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα: → Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.7 Εμβολιασμός για εποχική γρίπη; (την τρέχουσα περίοδο) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία: ____/____/____	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Επιβεβαιωμένο Κατάταξη κρούσματος: ☐ Πιθανό ☐ Ενδεχόμενο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____ ► Νοσηλεία σε ΜΕΘ: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Συμπτώματα από το ΚΝΣ: ☐ Άσηπτη μηνιγγίτιδα/μηνιγοεγκεφαλίτιδα αγνώστου αιτιολογίας ☐ Νευρολογικά συμπτώματα αγνώστου αιτιολογίας ☐ Άλλο →	
3.4 Άλλες κύριες εκδηλώσεις ή συμπτώματα: ☐ Γριπώδης συνδρομή ☐ Πνευμονία Ιογενής/βακτηριακή ☐ Επιπεφυκίτιδα ☐ Πονοκέφαλος, ίλιγγος, αστάθεια ☐ Ραβδομυόλυση/ Μυοσίτιδα ☐ Μυοκαρδίτιδα/Περικαρδίτιδα ☐ Πολυοργανική Ανεπάρκεια/Σήψη ☐ Αναπνευστική Ανεπάρκεια ☐ Διάρροια /Εμετοι ☐ Άλλο → (επί επιπεφυκίτιδας συλλέγετε και επίχρισμα επιπεφυκότα)	
3.4 Υποκείμενα νοσήματα:	
3.5 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: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται	4.2 Έλεγχος αντιγόνου γρίπης τύπου Α: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	4.3 Τι δείγματα εστάλησαν (επίχρισμα): ☐ ρινοφαρυγγικό ☐ επιπεφυκότα ☐ άλλο
4.3 Ανίχνευση RNA του ιού: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε Τύπος/υπότυπος ιού:	4.4 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιό:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		