ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

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

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ (ΜΟΝΚΕΥΡΟΧ)

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

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Πού;** .....

2.3 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** ___/___/___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.4 Ανοσοκαταστολή: ☐ Ναι ☐ Όχι → Αν ναι, προσδιορίστε: .....

2.5 Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM): ☐ Ναι ☐ Όχι

2.6 Εγκυμοσύνη: ☐ Ναι ☐ Όχι → Αν ναι, τρίμηνο κύησης: .....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ
Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό** ☐ **Ενδεχόμενο**

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

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

3.3. Κύριες εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Λεμφαδενοπάθεια ☐ Μυαλγίες ☐ Ραχιαλγία/Οσφυαλγία ☐ Καταβολή

→ **Ημ/νία εμφάνισης πυρετού** (>38^0 C): ___ / ___ / ___ **Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος:** ___ / ___ / ___

3.4 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά: ☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM) ☐ Εγκυμοσύνη

3.6 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: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.3 IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε **IgG:** ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

4.5 Είδος παθογόνου: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

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