

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ15
ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ, ΛΙΣΤΕΡΙΩΣΗ, ΠΥΡΕΤΟΣ Q

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

NOM

που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

Βρουκέλλωση

Λιστερίωση

Πυρετός Q, οξεία λοίμωξη

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: ► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών

1.3 Φύλο: Άρρεν Θήλυ

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ
ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)

(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: ► Πόλη/χωριό:

Στοιχεία για
επικοινωνία:

► Δ/ση:

► Τηλ.:

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:

2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:

2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →

2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;
(κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε;

2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; ΟΧΙ Αγρότης Κτηνοτρόφος Κρεοπώλης/σφαγείο

Κτηνίατρος Άλλο →

2.6 Επαφή με αγροτικά κατοικίδια ζώα;
(κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι-πού-πότε;

2.7 Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά;
(κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι-πού-πότε;

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Επιβεβαιωμένο

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

Κατάταξη
κρούσματος:

Πιθανό

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

► Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ειδική κατάσταση: Σε ανοσοκαταστολή Εγκυμοσύνη Νεογνό (για Λιστερίωση)

3.4 Κύριες εκδηλώσεις:

3.5 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Ανα-μένεται

4.2 Wright: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Τίτλος: ELISA: IgM APN ΘΕΤ IgG APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.3 PCR: APN ΘΕΤ Δεν έγινε **Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:**

4.4 Είδος/τύπος παθογόνου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: