

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: 210.8899.041ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ1
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

► που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

Ν Ο Σ Η Μ Α

<input type="checkbox"/> Αλλαντίαση	<input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	<input type="checkbox"/> Λύσσα	<input type="checkbox"/> ΣΟΑΣ (SARS)
<input type="checkbox"/> Άνθρακας	<input type="checkbox"/> Ευλογιά	<input type="checkbox"/> Μελιοειδωση/Μάλη	<input type="checkbox"/> Τουλαραϊμία
<input type="checkbox"/> Διφθερίτιδα	<input type="checkbox"/> Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	<input type="checkbox"/> Πανώλη	<input type="checkbox"/> Χολέρα

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/νση: ► 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:

► Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Περιγράψτε:

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:

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

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →

ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ► Ημ/νία άφιξης: ____/____/____ ► Ταξίδι με γκρουπ: ΟΧΙ ΝΑΙ

2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:

2.6 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

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Κύριες εκδηλώσεις:

3.4 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη

κρούσματος:

 Επιβεβαιωμένο Πιθανό Ενδεχόμενο

► Ο/η θεράπων ιατρός:

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

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:

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ2
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

► που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Ν Ο Σ Η Μ Α AIDS / Μόλυνση με HIV Νόσος Creutzfeldt-Jacob Πολιομυελίτιδα (και οξεία χαλαρή παράλυση) Ασυνήθιστο συμβάν (συρροής κρουσμάτων ή μεμονωμένου περιστατικού) →

Για τα νοσήματα αυτά λειτουργούν εξειδικευμένα συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης και συμπληρώνεται ειδικό δελτίο δήλωσης.

Εφόσον συμπληρωθεί ειδικό δελτίο, δεν απαιτείται συμπλήρωση του παρόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες: στα ειδικά κέντρα ή στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (210.8899.041).

Για AIDS / Μόλυνση με HIV:

Η δήλωση γίνεται μόνο μέσω του "επιδημιολογικού δελτίου HIV(+)" ατόμων και είναι αυστηρά απόρρητη. Μπορείτε να προμηθευθείτε το δελτίο από το Γραφείο HIV λοίμωξης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (τηλ. 210.5212.000, φαξ 210.5212.130,-121).

Για Ασυνήθιστο συμβάν, Νόσο Creutzfeldt-Jacob, Πολιομυελίτιδα (οξεία χαλαρή παράλυση):

1.1 Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____

Ή 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/νση:

► Τηλ.:

Κ Υ Ρ Ι Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

2.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

► ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Νοσοκομείο:

2.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

2.3 Κύριες κλινικές εκδηλώσεις:

2.4 Κύρια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά:

► 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 Α3.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; ΟΧΙ ΝΑΙ

3.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:

3.3 Είδος/τύπος παθογόνου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ3

ΕΛΟΝΟΣΙΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

--

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> 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.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →
2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τους 10 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε;
► Ημ/νία άφιξης: ____/____/____ ► Έλαβε χημειοπροφύλαξη; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι;
2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Ναυτικός <input type="checkbox"/> Άλλο →
2.6 Μετάγγιση αίματος/παραγώγων; (κατά τους 3 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι-πού-πότε;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Κατάταξη <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο κρούσματος:
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Προηγούμενο ιστορικό ελονοσίας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος);	
3.4 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός → Τύπος πυρετού:	
<input type="checkbox"/> Σπληνομεγαλία <input type="checkbox"/> Αναιμία <input type="checkbox"/> Εκδηλώσεις από ΚΝΣ <input type="checkbox"/> Χωρίς συμπτώματα	
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Μικροσκοπική εξέταση: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	Υπογραφή (& σφραγίδα):
4.2 Ανίχνευση DNA <i>Plasmodium</i> (PCR): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.4 Είδος πλασμοδίου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ4
ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ & ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

ΠΕΡ.
ΕΝΟΤ.

A. Μηνιγγίτιδα Σηψαιμία **B.** Άσηπτη Βακτηριακή **Γ.** Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: ► Όνομα: ► Όνομα Πατρός:

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.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

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

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά;

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά;

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →

2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε;

2.6 Εμβολιασμός:

Αρ.δόσεων	Ημ/νία τελευτ.δόσης	Αντιπνευμονιοκοκκικός Εμβολιασμός <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
► Hib: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Men B: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων
► Men C: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____
► Men A-C-W-Y: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____
		3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____
		4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

3.3 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι;

3.4 Αιμορραγικό εξάνθημα; ΟΧΙ ΝΑΙ 3.5 Αντιβιοτικό πριν λήψη ΕΝΥ ή αίματος; ΟΧΙ ΝΑΙ →

3.6 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός: ► Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 ΕΝΥ: ► Κύτταρα (/ μ L): ► Πολυ (%): ► Λεμφο (%): ► Θετικό Latex test: ΟΧΙ ΝΑΙ

► Πρωτεΐνη (mg/dL): ► Γλυκόζη (mg/dL): ► Χρώση Gram:

4.2 PCR: ► ΕΝΥ: APN ΘΕΤ ΑΓΝ ► Αίμα: APN ΘΕΤ ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.3 Καλγεία: ► ΕΝΥ: APN ΘΕΤ ΑΓΝ ► Αίμα: APN ΘΕΤ ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου: ► Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

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/νση:

► Τηλ.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή
ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης ΆλλοΕΑΝ ΜΕΤΑ-
ΝΑΣΤΗΣ: ► Σε Ελλάδα

από (έτος): ____/____/____

2.5 Έχει γίνει
BCG; ΟΧΙ ΑΓΝ ΝΑΙ → Πότε (έτος): ____/____/____► Έχει ουλή
από BCG; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ Βέβαιο

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

Κατάταξη
κρούσματος: Μη βέβαιο3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: APN ΘΕΤ Αμφίβολο ΑΓΝ3.3 Α/α θώρακος: APN ΘΕΤ → Α) Έκταση: Περιορισμένη Εκτεταμένη Β) Σπήλαιο: ΟΧΙ ΝΑΙ3.4 Εντόπιση νόσου: Πνευμονική Εξωπνευμονική → Πού εντοπίζεται; Πλευρίτιδα Άλλη
 Διάσπαρτη εντόπιση; Αδενική ενδοθωρακική ΚΝΣ: μήνιγγες Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ
 Αδενική εξωθωρακική ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων Οστά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ Πεπτικό
 Ουρογεννητικό3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; ΟΧΙ ΑΓΝ ΝΑΙ → Τι:3.6 Προηγούμενα
θεραπεία; ΟΧΙ (πρώτη
διάγνωση) ΝΑΙ (προηγούμενα
θεραπεία) → Έκβαση: Υποτροπή Διακοπή
αγωγής Αποτυχία
αγωγής3.7 Θεραπευτική αγωγή: INH RIF ETH PYR STR Άλλο:

3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: μήνες 3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής: ____/____/____

3.10 Έκβαση: Ολοκλήρωση αγωγής Σε αγωγή Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν
έγινε4.2 Δόθηκε καλλιέργεια; ΟΧΙ ΝΑΙ → Εργαστήριο: ► Υλικό:4.3 Καλλιέργεια: APN ΘΕΤ Ανα-
μένεται4.4 Άλλα διαγνω-
στικά ευρήματα:

4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ6

ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Μ Ο Ρ Φ Η Ν Ο Σ Ο Υ Νόσος Λεγεωναριών Πυρετός Pontiac**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/νση:

► 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 Ζει σε ομαδική διαβίωση;

 ΟΧΙ ΝΑΙ

→ Ποιά:

2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;

 ΟΧΙ ΝΑΙ

→ Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:

 Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →

2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

 ΟΧΙ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

2.5 Διαμονή σε ξενοδοχείο / νοσοκομείο;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

 ΟΧΙ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

2.6 Σε πισίνα / λουτρό / σπορ με νερό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

 ΟΧΙ ΝΑΙ

→ Πού-πότε:

2.7 Κεντρικός κλιματισμός στην εργασία
ή σε άλλο χώρο όπου συχνάζει; ΟΧΙ ΝΑΙ

→ 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

Κατάταξη

 Επιβεβαιωμένο

κρούσματος:

 Πιθανό

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;

 ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ατομικό ιστορικό:

 Κάπνισμα Πνευμονοπάθεια Σακχαρώδης διαβήτης Ανοσοκαταστολή

3.4 Εκδηλώσεις:

 Γριπώδης συνδρομή Πνευμονία

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 Αντιγόνο στα ούρα:

 APN ΘΕΤ Δεν
έγινε

4.2 Καλλιέργεια: ► Υλικό:

 APN ΘΕΤ Δεν
έγινε Ανα-
μένεται

4.3 Ορολογική εξέταση:

 APN 1 εξέταση
θετική 4πλασιασμός
τίτλου Δεν
έγινε Αναμέ-
νεται

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.5 Είδος/οροομάδα λεγιονέλλας:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ7

ΓΡΙΠΗ(Κρούσμα με εργαστηριακή επιβεβαίωση ή σύνδεση
με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά)

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____

Ή 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/νση:

► Τηλ.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα
που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή
ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →2.4 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό;
(κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:2.5 Εμβολιασμός για γρίπη;
(κατά την τρέχουσα περίοδο) ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημ/νία εμβολιασμού: ____/____/____**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ Επιβεβαιωμένο

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

Κατάταξη
κρούσματος: Ενδεχόμενο3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Κύριες εκδηλώσεις:

3.4 Επιδείνωση υποκείμενου νοσήματος; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι:3.5 Άλλες επιπλοκές: Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής) Εγκεφαλοπάθεια Άλλη →3.6 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Ανα-μένεται4.2 Έλεγχος αντιγόνου: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:4.3 Έλεγχος αντισωμάτων: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:4.4 Ανίχνευση RNA του ιού: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.5 Τύπος/υπότυπος ιού:

4.6 Αποστολή δείγματος
σε Κέντρο Αναφοράς; ΟΧΙ ΝΑΙ

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ8

ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

► που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

--

Ν Ο Σ Η Μ Α			
<input type="checkbox"/> Ιλαρά	<input type="checkbox"/> Ερυθρά	<input type="checkbox"/> Παρωτίτιδα	<input type="checkbox"/> Ανεμευλογία με επιπλοκές
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 Επώνυμο:		► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____		Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών	
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ		<small>(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)</small>	
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός:		► Πόλη/χωριό:	
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση:		► Τηλ.:	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σχέση:
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ποιός:
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ποιά:
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο			
2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου)		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού-πότε:
2.6 Εμβολιασμός με MMR;		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:
2.7 Μονοδύναμο εμβόλιο; (για νόσημα που δηλώνεται)		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> 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		<small>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ</small>	
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 <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογία)			
3.4 Κύριες εκδηλώσεις:			
3.5 Επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία <input type="checkbox"/> Από ΚΝΣ →			
<input type="checkbox"/> Άλλη →			
3.6 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> 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 Ορολογική εξέταση: IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> 4πλασιασμός τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται			
IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται		4.2 <input type="checkbox"/> IgM (+) στο σάλιο	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ9
ΤΕΤΑΝΟΣ, ΚΟΚΚΥΤΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιότητα
του δηλώνει το κρούσμα:ΠΕΡ.
ΕΝΟΤ.ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Ν Ο Σ Η Μ Α	
<input type="checkbox"/> Τέτανος	<input type="checkbox"/> Τέτανος, νεογνικός (ηλικία <1 μηνός)
<input type="checkbox"/> Κοκκύτης	
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ	
1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)
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 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 → Σχέση:
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →	
2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε:
2.6 Εμβολιασμός με DTP / DTaP;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημ/νία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:
2.7 Εμβολιασμός με Tdap;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημ/νία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:
2.8 Εμβολιασμός με DT/Td/Te;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημ/νία 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	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:	
3.4 Επιπλοκές: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 Ορολογική εξέταση: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> Αύξηση τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	Ag κοκκύτη: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
.....	PCR για Bordetella Pertussis: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.4 Είδος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ10
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΡΥΘΡΑ, ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ, ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Ν Ο Σ Η Μ Α

 Συγγενής ερυθρά Συγγενής τοξοπλάσμωση Συγγενής σύφιλη

Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε 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 Μαιευτήριο όπου γεννήθηκε:

Μ Η Τ Ε Ρ Α : Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ

2.1 Επώνυμο: ► Όνομα:

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

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

(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

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

Στοιχεία για
επικοινωνία:

► Δ/ση:

► Τηλ.:

Μ Η Τ Ε Ρ Α : Π Α 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

3.1 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:3.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →3.3 Ταξίδι στο εξωτερικό
κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης; ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε;3.4 Ιστορικό νόσησης στην εγκυμοσύνη; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι/πότε;3.5 Ιστορικό αποβολών; ΟΧΙ ΝΑΙ

Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

4.1 Βάρος γέννησης: gr 4.2 Διάρκεια κύησης: εβδ.

4.3 Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσ. Νεογνών; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Μονάδα:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

 Επιβεβαιωμένο

Κατάταξη

 Πιθανό

κρούσματος:

 Ενδεχόμενο

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

4.4 Κύριες εκδηλώσεις:

4.5 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

Β Ρ Ε Φ Ο Σ : Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

5.1 Ορολογικές εξετάσεις: ► IgG: APN ΘΕΤ ΑΓΝ ► IgM: APN ΘΕΤ ΑΓΝ

5.2 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ11
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, ΟΞΕΙΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

NOM

που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> 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/νση:	► Τηλ.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →
2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 2-6 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε:
2.6 Εργάζεται σε παιδικό σταθμό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό:
2.7 Εργάζεται σε χειρισμό τροφίμων; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού:
2.8 Έχει χρόνια ηπατοπάθεια; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τί:
2.9 Εμβολιασμός για Ηπ. Α; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:
3.3 Ίκτερος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3.5 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ηπ. Α	4.1 Ολικό anti-HAV: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 anti-HAV IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. Β	4.3 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. C	4.5 anti-HCV (EIA): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.6 Άλλο εύρημα:
Βιοχημ.	4.7 SGOT/AST (U/L):	4.8 SGPT/ALT (U/L):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα):

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ12

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιότητα

που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

.....

Ν Ο Σ Η Μ Α Ηπατίτιδα Β, οξεία Ηπατίτιδα C, οξεία Θετικό HBsAg σε βρέφος <12 μηνών Επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)**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 Υ2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:2.2 Ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά:2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:

 Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →2.5 Ιατρικό / νοσηλευτικό επάγγελμα; ΟΧΙ ΝΑΙ2.6 Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων;
(1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ2.7 Νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση;
(1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ2.8 Αιμοκάθαρση
(1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ2.9 Οδοντιατρική εργασία / επέμβαση;
(1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ2.10 Έχει γίνει τατουάζ;
(1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β; 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

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ ΕπιβεβαιωμένοΚατάταξη
κρούσματος: Πιθανό

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ίκτερος; ΟΧΙ ΝΑΙ3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; ΟΧΙ ΝΑΙ3.5 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

Ηπ. Β

4.1 HBsAg: APN ΘΕΤ ΑΓΝ4.2 anti-HBc IgM: APN ΘΕΤ ΑΓΝ

Ηπ. C

4.3 anti-HCV (EIA): APN ΘΕΤ ΑΓΝ4.4 anti-HCV (RIBA): APN ΘΕΤ ΕΝΔ/
ΑΓΝ4.5 HCV RNA: APN ΘΕΤ ΑΓΝ

4.6 Άλλο εύρημα:

Βιοχημ.

4.7 SGOT/AST (U/L):

4.8 SGPT/ALT (U/L):

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ13

ΣΥΡΡΟΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΟΥΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

[Εμφάνιση δύο ή περισσότερων κρουσμάτων με παρόμοια συμπτωματολογία, συνήθως από το γαστρεντερικό σύστημα, η αιτία των οποίων μπορεί να αποδοθεί στο ίδιο τρόφιμο ή σε νερό της ίδιας προέλευσης.]

* Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει αποτέλεσμα καλλιέργειας (βιολογικού υλικού ή τροφίμου) για να γίνει η δήλωση

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ)

► Μονάδα υγείας που δηλώνει το νόσημα:

NOM

► Σύνολο ασθενών: _____	► Νοσηλευθέντες σε νοσοκομείο: _____	► Αριθμός θανάτων: _____
-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αρχικά ονόμα-τος ασθεν-νούς	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ασθενούς ή οικογένειας για επικοινωνία	Ηλικία (σε έτη)	Φύλο	Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ Ε=έμετος Δ=διάρροια Α=αιμορραγικά κόπρανα Π=πυρετός	ΕΓΙΝΕ ΚΑΛΛΓΕΙΑ Έγινε κ/α κοπράνων ή αίματος; * N=ΝΑΙ O=ΟΧΙ	Παθογόνο που απομονώθηκε στην καλλιέργεια	ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΘΑΝΑΤΟΣ Σημειώστε: N=Νοσηλεία σε νοσοκομείο Θ=Θάνατος
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		
			<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ		<input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Π	<input type="checkbox"/> Ν <input type="checkbox"/> Ο		

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΠΤΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ - ΤΡΟΦΙΜΟΥ

2.1 Υπάρχει ύποπτο γεύμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ημ/νία και ώρα γεύματος: ____/____/____, ____

► Τόπος γεύματος: ► Νομός: ► Πόλη/χωριό:

► Χώρος γεύματος: Σπίτι Χώρος εστίασης → ► Σύνολο ατόμων στο γεύμα:2.2 Υπάρχει ύποπτο τρόφιμο; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι:2.3 Εργαστηρ. εξέταση τροφίμου; * ΑΡΝ ΘΕΤ Δενέγινε | ΕΑΝ ΘΕΤΙΚΗ ► Παθογόνο:

2.4 ΣΧΟΛΙΑ (ακριβής χώρος και συνθήκες επιδημίας):

► Ο/η θεράπων ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ14
ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΕΙΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ

▶ Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης

NOM

που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος EHEC (λοίμωξη από εντεροαιμορραγική *E. coli*) Σαλμονέλλωση (μη τυφο-παρατυφική) Σιγκέλλωση Τριχίνωση**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 Υ2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά:2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ▶ Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ▶ Ημ/νία άφιξης: ____/____/____ ▶ Ταξίδι με γκρούπ: ΟΧΙ ΝΑΙ2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 30 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:2.6 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων; ΟΧΙ ΝΑΙ → 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 ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙΚατάταξη
κρούσματος: Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Εκδηλώσεις: Εντερίτιδα Δυσεντερία Εντερικός πυρετός Σηψαιμία Ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο Άλλο →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 Α4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ▶ Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Ανα-μένεται

4.2 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.3 Είδος/ορότυπος παθογόνου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

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

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

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/νση:

► Τηλ:

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ2.1 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 ΚΕΕΛΠΙΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ΕπιβεβαιωμένοΚατάταξη
κρούσματος: Πιθανό3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ειδική κατάσταση: 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-μένεται4.2 Ορολογική εξέταση: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

► Μέθοδος:

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.4 Είδος/τύπος παθογόνου:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ16
ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

NOM

που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> 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.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →
ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ: ► Έτος εγκατάστασης στην Ελλάδα: ____/____/____
2.4 Έχει συστηματική επαφή με ζώα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:
2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; <input type="checkbox"/> Κτηνοτρόφος <input type="checkbox"/> Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Άλλο →

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	
3.3 Παλιό ιστορικό εχινόκοκκιάσης; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τί/πότε:	
3.4 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Καμία (τυχαίο εύρημα) <input type="checkbox"/> Ηπατομεγαλία <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Αιμόπτυση <input type="checkbox"/> Αναφυλακτική αντίδραση	
3.5 Εντόπιση: <input type="checkbox"/> Ηπατική <input type="checkbox"/> Πνευμονική <input type="checkbox"/> Άλλη → Πού:	
3.6 Μορφή: <input type="checkbox"/> Μονήρης κύστη <input type="checkbox"/> Πολλαπλές κύστεις	
3.7 Θεραπεία: <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική <input type="checkbox"/> Χειρουργική	
3.8 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	

► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Έλεγχος αντισωμάτων: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε → Μέθοδος:	
4.2 Παθολογοανατομικός έλεγχος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Ανα-μένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.4 Είδος εχινόκοκκου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ17

ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Μ Ο Ρ Φ Η Ν Ο Σ Ο Υ Σπλαχνική Δερματική**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____

Ή 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 Υ2.1 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 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:2.5 Υπάρχει σκύλος στο σπίτι; Έχει/είχε kala-azar; ΟΧΙ σκύλος ΝΑΙ σκύλος/
ΟΧΙ γνωστό kala-azar ΝΑΙ σκύλος/
ΝΑΙ kala-azar2.6 Υπάρχουν αδέσποτα σκυλιά κοντά στο σπίτι; ΟΧΙ ΝΑΙ2.7 Υπάρχουν σκνίπες στην περιοχή κατοικίας; ΟΧΙ ΝΑΙ**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: ____/____/____

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟΚατάταξη Επιβεβαιωμένο
κρούσματος:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; ΟΧΙ ΑΓΝ ΝΑΙ → Τι:3.4 Εκδηλώσεις: Παρατεινόμενος πυρετός Ηπατο- ή σπληνο-μεγαλία Λεμφαδενοπάθεια Δερματικές οζώδεις βλάβες Δερματικές ελκώδεις βλάβες Βλεννογόνιες βλάβες3.5 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 Α4.1 Παρασιτολογική εξέταση: ► Υλικό: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Ανα-
μένεται4.2 Ορολογική εξέταση: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.4 Είδος λείσμανιας:

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ18
ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

► που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

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.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:2.2 Ζει σε ομαδική διαβίωση; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιό/ά;2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιά;2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Χώρα:ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο →2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε;2.6 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου; ΟΧΙ Αγρότης Κτηνοτρόφος Κρεοπώλης/σφαγείο
 Σε αποχετεύσεις Άλλο →2.7 Δραστηριότητα υψηλού κινδύνου; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ Κυνήγι Κατασκήνωση κ.ά. Σπορ σε ποτάμια/λίμνες

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Σε ανοσοκαταστολή; ΟΧΙ ΝΑΙ → Αιτία:3.4 Εκδηλώσεις: Ίκτερος Νεφρική ανεπάρκεια Ηπατική ανεπάρκεια Αιμορραγικό εξάνθημα Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα Άλλο →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: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Ανα-μένεται4.2 Ανίχνευση *Leptospira* με ανοσοφθορισμό: ΟΧΙ ΝΑΙ4.3 Ορολογική εξέταση: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ► Μέθοδος:

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.5 Ορότυπος λεπτόσπειρας: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

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:

► Ακριβής δ/ση: ► Τηλ.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Επάγγελμα: ► Πολύωρη υπαίθρια
παραμονή; ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι;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 από το εξωτερικό
(τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε;Επίσκεψη σε άλλες περιοχές της Ελλάδας
(τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου); ΟΧΙ ΝΑΙ → Ποιές; α).....β).....2.5 Μετάγγιση αίματος/παραγώγων ή μεταμόσχευση οργάνων
ή εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα; (τις 2 εβδ. πριν έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Τι, πού,
πότε;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ ► Σε ΜΕΘ; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

 Επιβεβαιωμένο

Κατάταξη

κρούσματος: Πιθανό

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Ειδική κατάσταση: Σε ανοσοκαταστολή Εγκυμοσύνη Νεογνό (<28 ημερών)3.4 Εκδηλώσεις από ΚΝΣ: Εγκεφαλίτιδα Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα Μηνιγγίτιδα Πάρεση - παράλυση3.5 Άλλες εκδηλώσεις: Πυρετός Κεφαλαλγία Εξάνθημα Άλλο (περιγράψτε).....

3.6 Υποκείμενα νοσήματα:

3.7 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Ορολογική εξέταση στον ορό: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε4.2 Ορολογική εξέταση στο ENY: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε4.3 Ανίχνευση RNA (PCR): ENY: APN ΘΕΤ Δεν έγινε Αίμα: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΤΟΣ:

ΕΒΔΟΜΑΔΑ: Από /..... έως /..... (Δευτέρα - Κυριακή)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΗΛΩΣΗΣ:

(Σημ.: Για τους παθογόνους μικροοργανισμούς του Πίνακα Α και Β απαιτείται η συμπλήρωση του Πίνακα Δ)

Πίνακας Δ. Πληροφορίες για παθογόνους μικροοργανισμούς του Πίνακα Α και του Πίνακα Β

Πίνακας Α

ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ	ΠΑΘΟΓΟΝΟ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ
	Sal	<i>Salmonella</i> spp.		
	Shi	<i>Shigella</i> spp.		
	VT	STEC		
	Ca	<i>Campylobacter</i> spp.		
	Yer	<i>Yersinia enterocolitica</i>		
ΠΑΡΑΣΙΤΟΛΟΓΙΚΗΚ ΟΠΡΑΝΩΝ	Gia	<i>Giardia lamblia</i>		
	Cry	<i>Cryptosporidium parvum</i>		
	Ent	<i>Entamoebahistolitica</i>		

Πίνακας Β

ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΠΑΘΟΓΟΝΟ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ
	Sp	<i>S. pneumoniae</i>	
	Br	<i>Brucellaspp</i>	
ΑΝΤΙΓΟΝΟ ΣΤΑ ΟΥΡΑ	Leg	<i>Legionella pneumophila</i>	

Πίνακας Γ

ΑΝΤΙΓΟΝΟ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ	Ro	<i>Rotavirus</i>	
	Ad	<i>Adenovirus</i>	
	No	<i>Norovirus</i>	
ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	Er	Ερυθρά	
	HA	ΗπατίτιδαΑ	
ΑΝΕΥΡΕΣΗ IgM	TOi	<i>Toxoplasma gondii</i> *	
PCR	TOp	<i>Toxoplasma gondii</i> *	

* Η ανίχνευση αντισωμάτων για *Toxoplasma gondii* αφορά μόνο βρέφη <1 έτους

** 1. κόπρανα 2. αίμα 3. ENY 4. ούρα 5. μυελός των οστών 6. πλευρικό υγρό 7. άλλο

*** Αν το ΑΜΚΑ δεν είναι γνωστό, συμπληρώνονται τα αρχικά του ονόματος-επωνύμου (Λατινικοί χαρακτήρες), η ηλικία, ο τύπος ηλικίας (1. Έτη, 2. Μήνες, 3.

ΠΑΘΟΓΟΝΟ	ΟΡΟΤΥΠΟΣ	ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ**	ΑΜΚΑ***	ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Ημέρες) και το φύλο (1. Άρρεν, 2. Θήλυ, 3. Άγνωστο), πχ. AL3612 (Αθανασία Λαμψάκου, 36, έτη, θήλυ)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Η συμπλήρωση του δελτίου γίνεται σε εβδομαδιαία βάση.

Πίνακας Α

1. Για καθένα από τα απομονωθέντα παθογόνα του πίνακα Α απαιτείται η συμπλήρωση του πίνακα Δ.
2. Για τη συμπλήρωση του πίνακα «ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ»:
 - καταγράφεται ο αριθμός των θετικών καλλιιεργειών («ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ») για το κάθε παθογόνο ξεχωριστά.
 - καταγράφεται ο συνολικός αριθμός των καλλιιεργειών κοπράνων («ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ») που πραγματοποιήθηκαν στο εργαστήριο τη συγκεκριμένη εβδομάδα i) για τα παθογόνα *Salmonellaspp.* και *Shigellaspp.* μαζί, και ii) ανά παθογόνο για τα παθογόνα *STEC*, *Campylobacterspp.* και *Yersiniaenterocolitica*.
 - για τη *Salmonellaspp.* συμπληρώνεται το πεδίο «ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ» που αντιστοιχεί είτε σε θετικές καλλιιεργειες κοπράνων ή σε θετικές καλλιιεργειες αίματος. Εάν έχουν πραγματοποιηθεί και οι δύο εξετάσεις, τότε καταχωρείται μόνο η καλλιιεργεια κοπράνων. Αν έχει πραγματοποιηθεί μόνο η καλλιιεργεια αίματος και είναι θετική, τότε το δείγμα προσμετράται στο πεδίο «ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ» αλλά η καλλιιεργεια αίματος δεν προσμετράται στο πεδίο «ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ» εφόσον το τελευταίο αφορά μόνο στις καλλιιεργειες κοπράνων.
 - όσον αφορά στα *STEC*, καταγράφονται στελέχη *E.coli* που ανευρίσκονται σε ασθενείς με αιμορραγική κολίτιδα ή αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο και που παράγουν Shiga-like toxin (Vero-toxin).
3. Για τη συμπλήρωση του πίνακα «ΠΑΡΑΣΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ» καταγράφεται ο αριθμός των θετικών παρασιτολογικών εξετάσεων («ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ») και ο συνολικός αριθμός των παρασιτολογικών εξετάσεων κοπράνων («ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ») που διενεργήθηκαν στο εργαστήριο την ίδια εβδομάδα.

Πίνακας Β

1. Για καθένα από τα απομονωθέντα παθογόνα του πίνακα Β απαιτείται η συμπλήρωση του πίνακα Δ.
2. Όσον αφορά στο *S. pneumoniae* καταγράφονται μόνο τα στελέχη που απομονώνονται από αίμα, ΕΝΥ ή πλευριτικό υγρό.
3. Όσον αφορά στη *Brucellaspp.* καταγράφονται τα στελέχη που απομονώνονται από οποιοδήποτε κλινικό δείγμα όπως: αίμα, μυελό των οστών, αρθρικό υγρό, ΕΝΥ, υλικά παρακεντήσεων, κ.α.

Πίνακας Γ

1. Για τα παθογόνα μικρόβια του πίνακα Γ δεν απαιτείται η συμπλήρωση του πίνακα Δ.
2. Όσον αφορά στην ηπατίτιδα Α και την ερυθρά καταγράφεται ο συνολικός αριθμός δειγμάτων μόνο με θετικά IgM αντισώματα.
3. Όσον αφορά στο *Toxoplasma gondii* καταγράφεται ο συνολικός αριθμός δειγμάτων είτε με θετικά IgM αντισώματα, είτε με θετικές PCR για *Toxoplasma gondii* στο αίμα βρεφών <1 έτους. Εάν είναι θετικές και οι δύο εξετάσεις, τότε καταχωρούμε το δείγμα επιλέγοντας τη τεχνική PCR.

Πίνακας Δ

1. Η στήλη «παθογόνο» συμπληρώνεται με τα αρχικά του μικροοργανισμού όπως αναγράφεται στους πίνακες Α, Β, Γ π.χ. Sal για *Salmonellaspp.*
2. Αν δεν είναι γνωστό το ΑΜΚΑ του ασθενή, η στήλη «ΑΜΚΑ» συμπληρώνεται με τα αρχικά του ονόματος-επωνύμου (λατινικοί χαρακτήρες), την ηλικία, τον τύπο ηλικίας (1. Έτη, 2. Μήνες, 3. Ημέρες) και το φύλο (1. Άρρεν, 2. Θήλυ, 3. Άγνωστο), πχ. AL3612 (Αθανασία Λαμπάκου, 36, έτη, θήλυ). Βλέπετε αναλυτικές οδηγίες για περισσότερες διευκρινίσεις.
3. Στη στήλη «Ειδική Πληθυσμιακή Ομάδα» αναγράφεται 0, 1, 2, 3, 4 ανάλογα με την πληθυσμιακή ομάδα που ανήκει ο ασθενής: (0-Όχι, 1-Αθίγγανος, 2-Μουσουλμάνος Θράκης, 3-Μετανάστης, 4-Άγνωστο).
4. Η στήλη «κωδικός αποστολής σε εξειδικευμένο εργαστήριο» αφορά στην αποστολή των στελεχών *Salmonellaspp.*, *Shigellaspp.* στα παρακάτω εξειδικευμένα εργαστήρια για περαιτέρω οροτυποποίηση:
 - Εθνικό κέντρο αναφοράς σαλμονέλλας-σιγκέλλας Νοτίου Ελλάδας
 - Κέντρο αναφοράς σαλμονέλλας Βορείου Ελλάδας
 - Κέντρο αναφοράς σαλμονέλλας Κρήτη

Η αποστολή στελέχους συνοδεύεται από έναν ειδικό κωδικό που ορίζεται από το εργαστήριο του κάθε νοσοκομείου σε συνεργασία με το εξειδικευμένο εργαστήριο.