

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: <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 που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά; <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/ά: .....
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 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε: .....
2.5 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημ/νία εμβολιασμού: ____/____/____

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: .....	
3.4 Επιδείνωση υποκείμενου νοσήματος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι: .....	
3.5 Άλλες επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) <input type="checkbox"/> Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής)	
<input type="checkbox"/> Εγκεφαλοπάθεια <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: .....	

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

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 Έλεγχος αντιγόνου: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....
4.3 Έλεγχος αντισωμάτων: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....
4.4 Ανίχνευση RNA του ιού: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....
4.5 Τύπος/υπότυπος ιού: .....	4.6 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....	Υπογραφή (& σφραγίδα):