

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΔΑΓΓΕΙΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ, CHIKUNGUNYA, ΖΙΚΑ

► Ημερομηνία δήλωσης: ___/___/___

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α

Δάγγειος πυρετός Λοίμωξη από ιό Chikungunya Λοίμωξη από ιό Zika

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: _____ ► Όνομα: _____

1.2 Ημ/νία γέννησης: ___/___/___ ΕΑΝ ΑΓΝ. → Ηλικία: _____ 1.3 Φύλο: Άρρεν Θήλυ

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Περιφερειακή Ενότητα: _____

► Δήμος: _____ ► Πόλη/χωριό: _____

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: _____ ► Τηλ.: _____

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ΟΧΙ ΝΑΙ → Σχέση:
ΕΑΝ ΚΡΟΥΣΜΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΙΟ ΖΙΚΑ: Σεξουαλική επαφή με ταξιδιώτη (τους τελευταίους 6 μήνες); ΟΧΙ ΝΑΙ →
ΕΑΝ ΝΑΙ ► Χώρες ταξιδιού συντρόφου;

2.2 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ΟΧΙ ΝΑΙ
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής: ► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης ..

2.3 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου ΟΧΙ ΝΑΙ → ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ► Χώρες ταξιδιού;
ή για έγκυες: κατά τη διάρκεια της κύησης)

→ ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ: Ημ/νία άφιξης στην Ελλάδα: ___/___/___ Διάρκεια ταξιδιού:
Λόγος ταξιδιού: Αναψυχή Επαγγελματικοί λόγοι Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους Άλλο →
Ταξίδι με γκρουπ; ΟΧΙ ΝΑΙ

2.4 Επάγγελμα: _____

2.5 Μετάγγιση αίματος/προϊόντων ή μεταμόσχευση ιστών, οργάνων ή κυττάρων; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → πότε;

2.6 Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό; ΟΧΙ ΝΑΙ → τι εμβόλιο - πότε;

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΚΕΕΛΠΝΟ (ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ)

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

Κατάταξη κρούσματος: Επιβεβαιωμένο Πιθανό

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ → Νοσοκομείο:
Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___ Νοσηλεία σε ΜΕΘ; ΟΧΙ ΝΑΙ

3.3 Εκδηλώσεις: Πυρετός Εξάνθημα Κεφαλαλγία Μυαλγίες Αρθραλγίες Αιμορραγικές εκδηλώσεις
 Επιπεφυκίτιδα σ. Guillain-Barré Μηνιγγίτιδα/ εγκεφαλίτιδα Μυελίτιδα Άλλο:

3.4 Ειδική κατάσταση: Εγκυμοσύνη Ανοσοκαταστολή → Τι;

3.5 Έκβαση: Ίαση Ακόμη ασθενής Θάνατος από τη νόσο → 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 στον ορό: IgM: APN ΘΕΤ Δεν έγινε IgG: APN ΘΕΤ Δεν έγινε

4.2 Ανίχνευση RNA (PCR): Αίμα: APN ΘΕΤ Δεν έγινε ENY: APN ΘΕΤ Δεν έγινε
Άλλο κλινικό δείγμα- ποιο: APN ΘΕΤ

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: _____

4.4 Είδος/τύπος παθογόνου: _____ Υπογραφή (& σφραγίδα): _____

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____