

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ
ΟΞΕΙΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ (MERS-CoV)

► Νοσοκομείο:	► Κλινική:
► Όν/μο ιατρού:	► Τηλ. για επικοινωνία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:.....	Όνομα:
Ηλικία: ____ (έτη) Φύλο: ☐ Α ☐ Θ	Τόπος κατοικίας: ►
Εθνικότητα:	Περιφερειακή Ενότητα:
Επάγγελμα:	Δήμος:
Τηλ.ασθενούς:	Πόλη/χωριό:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ

Ιστορικό ταξιδιού τις τελευταίες 14 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων στις χώρες της Αραβικής Χερσονήσου; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	► Αν ναι: Χώρα ταξιδιού : Ημ/νία άφιξης στη χώρα ταξιδιού : ____/____/____ Ημ/νία αναχ/σης από τη χώρα ταξιδιού: ____/____/____ Τόπος διαμονής:
Στενή επαφή με πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα κατά την διάρκεια των συμπτωμάτων του κρούσματος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Ανήκει σε συρροή κρουσμάτων σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Νοσηλεία ατόμων με σοβαρή οξεία λοίμωξη Αναπνευστικού που χαρακτηρίστηκαν πιθανά ή επιβεβαιωμένα κρούσματα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Επαφή με ζώα (πχ. Νυχτερίδες, καμήλες κλπ) ή/και κατανάλωση ωμών ή μη παστεριωμένων ζωικών προϊόντων κατά την διάρκεια του ταξιδιού; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Πυρετός/ιστορικό πυρετού: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο
Βήχας: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	Δύσπνοια: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο
Νεφρική ανεπάρκεια: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	Πνευμονία: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο
ARDS: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	Άλλο:
Ανοσοκαταστολή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	Τι ανοσοκαταστολή;
Μη ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή που δόθηκε για την αντιμετώπιση λοίμωξης του αναπνευστικού: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο	

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

☐ Υπό διερεύνηση	☐ Πιθανό	☐ Επιβεβαιωμένο
---	---------------------------------	--

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο: ____/____/____	
Νοσηλεύθηκε σε ΜΕΘ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ____/____/____
Μπήκε σε αναπνευστήρα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ημ/νία διασωλήνωσης: ____/____/____ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ____/____/____
Σύνδεση σε ECMO; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ημ/νία σύνδεσης: ____/____/____
Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ημερομηνία μεταφοράς: ____/____/____ Σε ποιο Νοσοκομείο:

ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ

☐ Ίαση	☐ Ακόμα ασθενής	☐ Θάνατος	Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
-------------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Αποστολή κλινικού δείγματος MERS-CoV σε Εργαστήριο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Άγνωστο Ημερομηνία αποστολής : ____/____/____	Αν ναι, Τι: ☐ ρινοφαρυγγικό επίχρισμα ☐ ρινικό επίχρισμα/έκπλυμα ☐ πτύελα ☐ υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης ☐ BAL ☐ υλικό βιοψίας τραχεία/πνεύμονα ☐ Άλλο, Τι;	
Εργαστήριο αποστολής δείγματος:	Αποτέλεσμα:	Μέθοδος διάγνωσης:

