

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: / /

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Ν Ο Σ Η Μ Α			
☐ Αλλαντίαση	☐ Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	☐ Λύσσα	☐ ΣΟΑΣ (SARS)
☐ Άνθρακας	☐ Ευλογιά	☐ Μελιοειδωση/Μάλη	☐ Τουλαραιμία
☐ Διφθερίτιδα	☐ Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	☐ Πανώλη	☐ Χολέρα
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 ΑΜΚΑ: _____		▶ Επώνυμο: _____ ▶ Όνομα: _____	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)		1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	
1.4 Τόπος διαμονής: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός): _____		▶ Δήμος: _____ ☐ Άστεγος	
▶ Πόλη/χωριό: ▶ Οδός/Αριθμός: _____		▶ Τ.Κ.: _____ ▶ Τηλ.: _____	
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: _____			
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Σχέση: _____ ▶ Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Περιγράψτε: _____			
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιό/ά: _____			
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πού: _____			
2.4 Είναι: ▶ Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ήρθε από: _____ ☐ Αφίξη: _____ ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ ▶ Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Από ποιά χώρα: _____ ☐ Από πότε: _____ ____/____ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ποιά: _____			
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Χώρα: _____ ☐ Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ			
2.7 Εμβολιασμός; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ ☐ Αριθ. δόσεων: _____ (για νόσημα που δηλώνεται)			
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 ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ <u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u>	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		☐ Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		☐ Πιθανό	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: _____		☐ Ενδεχόμενο	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: _____		▶ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
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 Α			
4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ			
4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα: _____			
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου: _____		Υπογραφή (& σφραγίδα): ▶ _____	
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____			

ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.