



Δελτίο Διερεύνησης Κρούσματος Νόσου Έμπολα

Ημερομηνία συμπλήρωσης του δελτίου: _____/_____/_____ (ημέρα/ μήνας/ έτος)					
Το κρούσμα δηλώθηκε από τη Μονάδα Υγείας:					
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ					
Επώνυμο ασθενούς:		Φύλο:	Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>		
Όνομα ασθενούς:		Ημ/νία γέννησης: (ή ηλικία σε έτη)	_____/_____/_____ _____		
Αλλοδαπή Εθνικότητα:	OXI <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> Αν Ναι, Χώρα καταγωγής:..... Αν Ναι, Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>				
Επάγγελμα:					
Τηλέφωνα επικοινωνίας ασθενούς:					
Χώρα κατοικίας:		Δ/ση κατοικίας:			
Περιφ. Ενότητα:		Δήμος:			
Πόλη ή χωριό:		Τ. Κ.:			
Όνοματεπώνυμο ατόμου που δίνει τις πληροφορίες:			Τηλέφωνα επικοινωνίας:		
Σχέση με ασθενή: <input type="checkbox"/> άμεσος συγγενής <input type="checkbox"/> φιλικό περιβάλλον <input type="checkbox"/> άλλο					
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ					
Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___ (ημέρα/ μήνας/ έτος)					
Συμπτώματα		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝ	Παρατηρήσεις
1	Πυρετός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αν Ναι, _____°C (μέγιστη θερμοκρασία) Ημερομηνία λήψης θερμοκρασίας: ___/___/_____
2	Κεφαλαλγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Διάρροια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Κοιλιακό άλγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5	Έμετος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Ανορεξία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Λήθαργος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Μυαλγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Δύσπνοια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Βήχας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Δερματικό εξάνθημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Αιμορραγικές εκδηλώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αν Ναι, περιγράψτε:
13	Πολυοργανική ανεπάρκεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Άλλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αν Ναι, περιγράψτε:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Χώρες/ περιοχές που επισκέφτηκε ο ασθενής κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων:

Χώρα/περιοχή.....Άφιξη: ____/____/____ Αναχώρηση: ____/____/____

Χώρα/περιοχή.....Άφιξη: ____/____/____ Αναχώρηση: ____/____/____

Χώρα/περιοχή.....Άφιξη: ____/____/____ Αναχώρηση: ____/____/____

Με ποιόν τρόπο εισήλθε ο ασθενής στην Ελλάδα;

.....

Επαφή υψηλού κινδύνου κατά τις 21 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων:

- στενή επαφή (π.χ. ≤ 1 μέτρο) χωρίς κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ, συμπεριλαμβανομένης οφθαλμικής προστασίας) με πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα που παρουσιάζει έμετο, βήχα, αιμορραγία ή διάρροια
- απροφύλακτη σεξουαλική επαφή με κρούσμα μέχρι και 3 μήνες μετά από την αποδρομή των συμπτωμάτων
- απευθείας επαφή με οποιοδήποτε υλικό μολυσμένο με σωματικά υγρά πιθανού ή επιβεβαιωμένου κρούσματος
- διαδερμικός τραυματισμός (π.χ. με βελόνα) ή έκθεση βλεννογόνου σε σωματικά υγρά, ιστούς ή εργαστηριακά δείγματα πιθανού ή επιβεβαιωμένου κρούσματος
- συμμετοχή σε τελετή ταφής σε επηρεαζόμενη περιοχή με άμεση επαφή με τη σορό ή σωματικά υγρά, χωρίς ΜΑΠ
- άμεση επαφή με ζωντανές ή νεκρές νυχτερίδες, τρωκτικά, μη ανθρώπινα πρωτεύοντα, ή χειρισμός/κατανάλωση κρέατος άγριων ζώων (bushmeat) σε/από επηρεαζόμενες περιοχές



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επαφή με κρούσμα:

Ο ασθενής είχε άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο ή πιθανό κρούσμα Έμπολα κατά τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ

Αν ναι, πού και πότε;

Στοιχεία του κρούσματος που είχε άμεση επαφή:

Επαφή με ζώα ή κατανάλωση κρέατος από άγρια ζώα:

Ο ασθενής είχε άμεση επαφή με άγρια ζώα (π.χ. νυχτερίδες, πιθήκους ή τρωκτικά) στο εξωτερικό τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;

ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ Αν Ναι, Χώρα/ Περιοχή / Πόλη:

Ο ασθενής κατανάλωσε κρέας από άγρια ζώα (bushmeat) στο εξωτερικό τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;

ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ Αν Ναι, Χώρα/ Περιοχή / Πόλη:

Τελετή κηδείας:

Ο ασθενής παραβρέθηκε σε παραδοσιακή τελετή κηδείας τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ

Αν ναι, ονοματεπώνυμο του θανόντος:

Ήρθε σε άμεση επαφή με τον νεκρό; ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝ

Χώρα και περιοχή που πραγματοποιήθηκε η κηδεία:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΑΦΩΝ

Πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση επαφών του κρούσματος; ΟΧΙ ΝΑΙ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΕΙ

Αν Ναι,

αριθμός ατόμων που κρίθηκαν επαφές υψηλού κινδύνου (θα πρέπει να τεθούν υπό ενεργητική επιτήρηση)

αριθμός ατόμων που κρίθηκαν επαφές χαμηλού κινδύνου

ΕΚΒΑΣΗ

Ίαση Θάνατος Ακόμη ασθενής Σε περίπτωση θανάτου: Ημερομηνία: __/__/__