

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΝ
ΕΟΔΥ: 2105212000, 2105212054

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: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	☐ Αστέγος
► 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:	→ Αφιξη: ____/____/____ 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; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:	→ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.7 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____	→ Αριθ. δόσεων:

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

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ <u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u> Κατάταξη κρούσματος: ☐ Επιβεβαιωμένο ☐ Πιθανό ☐ Ενδεχόμενο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Κύριες εκδηλώσεις:

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:	