ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τηλ.: 210 5212 372
2105212388
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

► **Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:** ……

ΒΡΕΦΟΣ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

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 Μαιευτήριο όπου γεννήθηκε: ……

ΜΗΤΕΡΑ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

2.1 ΑΜΚΑ: **Επώνυμο:** **Όνομα:**

2.2 Ημ/νία γέννησης: ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ Ετών /Μηνών/ Ημερών (*ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ*)

2.3 Τόπος διαμονής: ► **Περιφ. Ενότητα (Νομός):** ► **Δήμος:** ☐ Άστεγη

►**Πόλη/χωριό:** ►**Οδός/Αριθμός:** ►**Τ.Κ.:** ►**Τηλ.:**

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα;** ……

ΜΗΤΕΡΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα (πχ κοινότητα Ρομά); ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ποιά;** ……

3.2 Είναι: ►**Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** …… → **Άφιξη:** ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

►**Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** …… → **Από πότε;** ⌊⌊/⌊⌊⌊⌊⌊⌊ (ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

3.3 Ήταν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** …… → **Άφιξη στην Ελλάδα:** ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

3.4 Ιστορικό νόσησης στην εγκυμοσύνη; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι/πότε;** ……

3.5 Ιστορικό αποβολών; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ……

3.6 Εργαστηριακός έλεγχος για άλλο ΣΜΝ ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Προσδιορίστε:** ……

3.7 Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ……

3.8 Έλαβε θεραπεία η μητέρα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Προσδιορίστε:** ……

ΒΡΕΦΟΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

4.1 Βάρος γέννησης: …… gr **4.2 Διάρκεια κύησης:** …… εβδ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό**

4.3 Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσ. Νεογνών; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ►**Μονάδα** …… → **Ημ/νία εισαγωγής:** ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

4.4 Κύριες εκδηλώσεις

☐ Ασυμπτωματικό νεογνό	☐ Ηπατοσπληνομεγαλία	☐ Βλεννογονοδερματικές αλλοιώσεις
☐ Εμπύρετο	☐ Ίκτερος	☐ Κονδυλώματα
☐ Αναπνευστική δυσχέρεια	☐ Αναιμία	☐ Εξάνθημα
☐ Ρινίτιδα	☐ Ψευδοπαράλυση	☐ Άλλο: ……
☐ Χαμηλό ΒΓ	☐ Σημεία από το ΚΝΣ	

4.5 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος **Ημερομηνία θανάτου:** ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

► Ο/η θεράπων ιατρός: …… Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: ……

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Ορολογικές εξετάσεις νεογνού

		Τρεπονημικές					Μη τρεπονημικές					
		ΑΡΝ	ΘΕΤ	Δεν έγινε	Τιμή			ΑΡΝ	ΘΕΤ	Δεν έγινε	Τιμή	
TPPA	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐					**RPR**	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐					
TPHA	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐					**VDRL**	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐					
EIA	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐											
FTA Abs	Ορός ☐ ΕΝΥ ☐											

5.2 Ορολογικές εξετάσεις μητέρας

Εργ. Αποτελέσματα μητέρας	**Προσδιορίστε**
Τρεπονημικές	
Μη τρεπονημικές	

5.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: ……

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ