

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΠΑΦΗΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟ ΚΡΟΥΣΜΑ ΕΜΠΟΛΑ



A/α _____ Υπεύθυνος Επαγγελματίας Υγείας _____
 Ονοματεπώνυμο Κρούσματος _____

Ονοματεπώνυμο Επαφής _____

Φύλο Α Γ Ηλικία _____ Ή Έτος Γέννησης _____

Διεύθυνση/Περιοχή _____

Επάγγελμα _____

Τυχόν φαρμ. αγωγή: _____

Τηλ. Επικοινωνίας (κινητό & σταθερό εργασίας, οικίας) _____

Σημειώσατε τύπο επαφής υψηλού κινδύνου:

- 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
- Άλλο _____

Ημερομηνία τελευταίας επαφής με το επιβεβαιωμένο κρούσμα Έμπολα _____ Ώρα (περίπου) _____ π.μ. μ.μ.

| Ημερ/νία Ημέρα / Μήνας | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Ημέρα από έκθεση | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| Θερμο- κρασία | Πρωί* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Βράδυ* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Έμετος ή Ναυτία** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Διάρροια** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Αδυναμία** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Αιμορραγικά συμπτώματα** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Άλλα συμπτώματα** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Σημειώστε τη μέγιστη θερμοκρασία ** Σημειώστε: **✓** (Ναι) **✗** (Όχι)

Σε περίπτωση εμφάνισης άλλων συμπτωμάτων, σημειώστε ποια είναι αυτά: _____