

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ (ΜΟΝΚΕΥΡΟΧ)

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

1.1 ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο:	► Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____	ΕΤΩΝ μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):	► Δήμος:	<input type="checkbox"/> Άστεγος	
► Πόλη/χωριό:	► Οδός/Αριθμός:	► Τ.Κ.:	► Τηλ.:
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:	

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σχέση:
2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού:
2.3 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Χώρα:
2.4 Ανοσοκαταστολή:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	→ Αν ναι, προσδιορίστε:
2.5 Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM):	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
2.6 Εγκυμοσύνη:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	→ Αν ναι, τρίμηνο κύησης:

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

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Λεμφαδενοπάθεια <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Ραχιαλγία/Οσφυαλγία <input type="checkbox"/> Καταβολή	
→ Ημ/νία εμφάνισης πυρετού (>38°C): ____/____/____	Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος: ____/____/____
3.4 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM) <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη	
3.6 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> 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 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται
4.2 PCR: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	
4.3 IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: <input type="checkbox"/>	
4.5 Είδος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):