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

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟ ΟΜΑΔΑΣ Α (iGAS)

► **Ημερομηνία δήλωσης:** __ __ / __ __ / __ __

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

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ: ► **Επώνυμο:** ►**Όνομα:**

1.2 Ημ/νία γέννησης: __ __ / __ __ / __ __ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** _____ ετών μηνών ημερών **1.3 Φύλο:** ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.4 Τόπος διαμονής: ►**Περιφ. Ενότητα (Νομός):** ► **Δήμος:** ☐ Άστεγος

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

1.5 Επάγγελμα:

1.6 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ► **Χώρα;** .....

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ

2.1 Υπάρχει στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα τους τελευταίους 3 μήνες; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Σχέση;** .....

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:** ..... → **Άφιξη:** __ __ / __ __ / __ __ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

►**Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Από ποια χώρα;** ..... → **Από πότε;** __ __ / __ __ / __ __

2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα:** ..... → **Άφιξη στην Ελλάδα:** __ __ / __ __ / __ __ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

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: __ __ / __ __ / __ __

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:
►**Νοσοκομείο:** .....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ☐ **Επιβεβαιωμένο**
ΚΕΝΟ ☐ **Πιθανό**
Κατάταξη ☐ **Ενδεχόμενο**

→ **Ημ/νία εισαγωγής:** __ __ / __ __ / __ __

3.3 Κλινική Εικόνα: ☐ Βακτηριαιμία ☐ Πνευμονία ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Κυτταρίτιδα ☐ Οστεομυελίτιδα ☐ Νεκρωτική Απονευρωσίτιδα ☐ Στρεπτοκοκκικό τοξικό σύνδρομο

3.4 Αντιβιοτικό πριν τη λήψη καλλιέργειας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

3.5 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

3.6 Πρόσφατη νόσηση από άλλο λοιμώδες νόσημα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Τι;** .....

3.7 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** __ __ / __ __ / __ __

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

► Υπογραφή (& σφραγίδα):

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

4.1 Strep Test: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ

4.2 Καλλιέργεια Φαρυγγικού Επιχρίσματος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ

4.3 Καλλιέργεια Αίματος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ

4.4 Καλλιέργεια ΕΝΥ: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΓΝ

4.5 Είδος/ορομάδα παθογόνου: .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

► Υπογραφή (& σφραγίδα):

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