

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

--

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Ή Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη/χωριό:
► Ακριβής δ/ση:	► Τηλ.:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Επάγγελμα:	► Πολύωρη υπαίθρια παραμονή: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:	
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ:	► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →
2.4 Πρόσφατο ταξίδι από το εξωτερικό (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε:	
Επίσκεψη σε άλλες περιοχές της Ελλάδας (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιές; α).....β).....	
2.5 Μετάγγιση αίματος/παραγώνων ή μεταμόσχευση οργάνων ή εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα; (τις 2 εβδ. πριν έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι, πού, πότε:	

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 ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ► Σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Σε ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Νεογνό (<28 ημερών)	
3.4 Εκδηλώσεις από ΚΝΣ: <input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Πάρεση - παράλυση	
3.5 Άλλες εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Άλλο (περιγράψτε).....	
3.6 Υποκείμενα νοσήματα:	
3.7 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 Ορολογική εξέταση στον ορό: 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	
4.2 Ορολογική εξέταση στο ΕΝΥ: 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	
4.3 Ανίχνευση RNA (PCR): ΕΝΥ: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε Αίμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	