

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ
ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΙΟ ΓΡΙΠΗΣ ΠΤΗΝΩΝ Α(H7N9)

► Ημερομηνία Δήλωσης:	► Νοσοκομείο/Κλινική:
► Όν/μο ιατρού:	► Τηλ. για επικοινωνία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:
Ηλικία: ____ (έτη) Φύλο: <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ	Δ/ση κατοικίας ► Περιφερειακή Ενότητα:
Δήμος Πόλη/χωριό:	Επάγγελμα:
Εθνικότητα:	Τηλ. ασθενούς:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Πυρετός/ιστορικό πυρετού: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Βήχας: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Δύσπνοια: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Νεφρική ανεπάρκεια: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Πνευμονία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
ARDS: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Άλλο

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΓΙΑ ΤΗ ΓΡΙΠΗ

Έχει εμβολιαστεί για την εποχική γρίπη τους τελευταίους 6 μήνες; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Έλαβε προφυλακτική αντιϊκή αγωγή τις τελευταίες 7 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Ημερομηνία έναρξης αντιϊκής αγωγής: ____/____/____	► Ποιό αντιϊκό;

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

<input type="checkbox"/> Πιθανό/ Κρούσμα υπό διερεύνηση	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
---	--

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Εισαγωγή στο νοσοκομείο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημερομηνία εισαγωγής: ____/____/____
Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ____/____/____
Μπήκε σε αναπνευστήρα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημ/νία διασωλήνωσης: ____/____/____ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ____/____/____
Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Ημερομηνία μεταφοράς: ____/____/____ Σε ποιο Νοσοκομείο:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΙΟ ΓΡΙΠΗΣ Α(H7N9)

Ιστορικό ταξιδιού τις 14 τελευταίες ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων σε περιοχή με επιβεβαιωμένα κρούσματα γρίπης Α(H7N9) σε ανθρώπους, ή ανίχνευση του ιού Α(H7N9) σε πτηνά; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι: Χώρα ταξιδιού : Ημ/νία άφιξης στη χώρα ταξιδιού: ____/____/____ Ημ/νία αναχ/σης από τη χώρα ταξιδιού: ____/____/____
Ιστορικό επαφής τις τελευταίες 14 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων με ύπτιπο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα γρίπης Α(H7N9); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, προσδιορίστε:
Ανήκει σε συρροή κρουσμάτων σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:
Νοσηλεία από μωμ με σοβαρή οξεία λοίμωξη που χαρακτηρίστηκαν πιθανά η επιβεβαιωμένα κρούσματα γρίπης Α(H7N9); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	► Αν ναι, Προσδιορίστε:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Αποστολή κλινικού δείγματος στο Εργαστήριο Αναφοράς Γρίπης: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο	Ημερομηνία αποστολής: ____/____/____	Αποτέλεσμα: Μέθοδος διάγνωσης:
--	--------------------------------------	---

ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ

<input type="checkbox"/> Ίαση	<input type="checkbox"/> Ακόμα ασθενής
<input type="checkbox"/> Θάνατος	Ημ/νία θανάτου: ____/____/____