

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: 210.8899.041

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ1
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης

που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

--

Ν Ο Σ Η Μ Α

<input type="checkbox"/> Αλλαντίαση	<input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	<input type="checkbox"/> Λύσσα	<input type="checkbox"/> ΣΟΑΣ (SARS)
<input type="checkbox"/> Ανθρακας	<input type="checkbox"/> Ευλογιά	<input type="checkbox"/> Μελιοειδωση/Μάλη	<input type="checkbox"/> Τουλαραιμία
<input type="checkbox"/> Διφθερίτιδα	<input type="checkbox"/> Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	<input type="checkbox"/> Πανώλη	<input type="checkbox"/> Χολέρα

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η 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:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση:	► Τηλ.:

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	► Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Περιγράψτε:
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:	
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποι/ά:	
2.4 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 →
	ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ► Ημ/νία άφιξης: ____/____/____ ► Ταξίδι με γκρουπ: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε:	
2.6 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων:	

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	Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

3.3 Κύριες εκδηλώσεις:	
3.4 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 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:	
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	