

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ3

**ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>	
Επώνυμο:	► Όνομα:
Ημ/νία γέννησης: ___/___/___ ΕΑΝ ΑΓΝ →	Ηλικία: Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
Τόπος κατοικίας: ► Περιφερειακή Ενότητα:	
► Δήμος:	► Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση:	► Τηλ.:
<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>	
Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποια; <input type="checkbox"/> Αθίγγανος <input type="checkbox"/> Πομάκος	
Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: Χώρα καταγωγής: .....	► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης
Ταξίδεψε ή διέμεινε σε ενδημική για την ελονοσία χώρα τα τελευταία 5 έτη (ανεξαρτήτως εθνικότητας); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → ΕΑΝ ΝΑΙ: Ημ/νία τελευταίας άφιξης στην Ελλάδα: ___/___/___	
Σε ποιες ενδημικές για την ελονοσία χώρες ταξίδεψε / διέμεινε τα τελευταία 5 έτη; .....	
Λόγος τελευταίου ταξιδιού: <input type="checkbox"/> Αναψυχή <input type="checkbox"/> Επαγγελματικοί λόγοι <input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε συγγενείς-φίλους <input type="checkbox"/> Άλλο → .....	
Διάρκεια τελευταίου ταξιδιού σε χώρα ενδημική για ελονοσία: .....	
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: Έλαβε συστηματικά χημειοπροφύλαξη, σύμφωνα με τις οδηγίες; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΑΙ → Ποιο φάρμακο; Συνέχισε να το παίρνει όταν επέστρεψε για ..... εβδομάδες	
Επάγγελμα:	Εγκυμοσύνη: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
Μετάγγιση αίματος/παραγώγων; (κατά τους 3 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε; .....	
<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	
Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___	Ημ/νία 1 <sup>ης</sup> επίσκεψης σε ιατρό: ___/___/___
Ημ/νία διάγνωσης: ___/___/___	Ημ/νία έναρξης θεραπείας: ___/___/___
Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Νοσοκομείο:	
Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___	Νοσηλεία σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
Ιστορικό προηγούμενου επεισοδίου ελονοσίας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος); _____ → Πού; .....	
Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Σπληνομεγαλία <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Εκδηλώσεις από ΚΝΣ <input type="checkbox"/> Ηπια συμπτώματα	
Θεραπευτική αγωγή: <input type="checkbox"/> Χλωροκίνη <input type="checkbox"/> Ατοβακόνη-Προγουανίλη <input type="checkbox"/> Μεφλοκίνη <input type="checkbox"/> Κινίνη <input type="checkbox"/> Παράγωγα Αρτεμισίνης <input type="checkbox"/> Άλλο → Ποιο; .....	
Σε <i>P.vivax</i> ή <i>P.ovale</i> : Επάρκεια ενζύμου G6PD; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΑΙ → Χορήγηση Πριμακίνης; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος από τη νόσο → Ημ/νία θανάτου: ___/___/___	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	
Εστάλη δείγμα σε εργαστήριο αναφοράς; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Μικροσκοπική εξέταση: <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν
Ανίχνευση DNA <i>Plasmodium</i> (PCR): <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
Δοκιμασία ταχείας διάγνωσης ελονοσίας: <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	
Αναιμία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Θρομβοπενία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Άλλα ευρήματα: .....	
Είδος πλασμοδίου: <input type="checkbox"/> <i>P.vivax</i> <input type="checkbox"/> <i>P.falciparum</i> <input type="checkbox"/> <i>P.ovale</i> <input type="checkbox"/> <i>P.malariae</i> <input type="checkbox"/> Ατυποποίητο	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):