

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ11  
**ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, ΟΞΕΙΑ**

► 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: ____/____/____	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/ση: .....	► Τηλ.: .....

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Σχέση: .....
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	→ Ποιά: .....
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 →	
2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 2-6 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού-πότε: .....
2.6 Εργάζεται σε παιδικό σταθμό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ποιό: .....
2.7 Εργάζεται σε χειρισμό τροφίμων; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Πού: .....
2.8 Έχει χρόνια ηπατοπάθεια; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Τί: .....
2.9 Εμβολιασμός για Ηπ. Α; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	→ Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων: .....

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

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 κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Ίκτερος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3.5 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: .....	

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Ηπ. Α	4.1 Ολικό anti-HAV: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 anti-HAV IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. Β	4.3 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. C	4.5 anti-HCV (EIA): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.6 Άλλο εύρημα: .....
Βιοχημ.	4.7 SGOT/AST (U/L): .....	4.8 SGPT/ALT (U/L): .....
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....		Υπογραφή (& σφραγίδα):