

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ12
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

Ν Ο Σ Η Μ Α	
<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β, οξεία	<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C, οξεία
<input type="checkbox"/> Θετικό HBsAg σε βρέφος <12 μηνών	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)

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 Ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:	
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 Ιατρικό / νοσηλευτικό επάγγελμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	2.6 Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2.7 Νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	2.8 Αιμοκάθαρση (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2.9 Οδοντιατρική εργασία / επέμβαση; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	2.10 Έχει γίνει τατουάζ; (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β; <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		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		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:		

Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α		
Ηπ. Β	4.1 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. C	4.3 anti-HCV (EIA): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 anti-HCV (RIBA): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΕΝΔ/ΑΓΝ
	4.5 HCV RNA: <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):