

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ4**  
**ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ & ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

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

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

ΠΕΡ.  
ΕΝΟΤ.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

**A.**  Μηνιγγίτιδα  Σηψαιμία **B.**  Άσηπτη  Βακτηριακή **Γ.**  Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

**A Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: ..... ► Όνομα: ..... ► Όνομα Πατρός: .....

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ή Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών 1.3 Φύλο:  Άρρεν  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.: .....

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: .....

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιό/ά; .....

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιό/ά; .....

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →

2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε; .....  
 (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

2.6 Εμβολιασμός: Αρ.δόσεων Ημ/νία τελευτ.δόσης Αντιπνευμονιοκοκκικός Εμβολιασμός  ΟΧΙ  ΝΑΙ

► Hib:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Ημ/νία τελευτ.δόσης PCV 7  PCV 10  PCV 13  PPV 23

► Men C:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Ημ/νία τελευτ.δόσης Ημ/νίες δόσεων Ημ/νίες δόσεων Ημ/νίες δόσεων Ημ/νίες δόσεων

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.7 Κατάταξη κρούσματος:  Επιβεβαιωμένο  Πιθανό  Ενδεχόμενο

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:

► Νοσοκομείο: .....

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι; .....

3.4 Αιμορραγικό εξάνθημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ 3.5 Αντιβιοτικό πριν λήψη ENY ή αίματος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ →

3.6 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 ENY: ► Κύτταρα (/μL): ..... ► Πολυ (%): ..... ► Λεμφο (%): ..... ► Θετικό Latex test:  ΟΧΙ  ΝΑΙ

► Πρωτεΐνη (mg/dL): .....

► Γλυκόζη (mg/dL): .....

► Χρώση Gram: .....

4.2 PCR: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.3 Καλ/γεια: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....