

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: ____/____/____ Η 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; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ΟΧΙ ΝΑΙ → Πού-πότε:

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. ____/____/____

► Men A-C-W-Y: ΟΧΙ ΝΑΙ Ημ/νία τελευτ.δόσης 1. ____/____/____ 2. ____/____/____

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:

► Νοσοκομείο:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: Επιβεβαιωμένο Πιθανό Ενδεχόμενο

→ 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: