

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

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

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

ΠΕΡ.  
ΕΝΟΤ.

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

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

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

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η ηλικία: \_\_\_\_ ετών \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

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 → Ποιά; .....

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά; .....

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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
► Hib: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	PCV 7 <input type="checkbox"/>	PCV 10 <input type="checkbox"/>	PCV 13 <input type="checkbox"/>	PPV 23 <input type="checkbox"/>
► Men B: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων
► Men C: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____
► Men A-C-W-Y: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____
			3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____
			4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

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 Καλλυγεία: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

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

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: ..... ►