

Δελτίο Διερεύνησης Κρούσματος Αιμορραγικού Πυρετού από ιό Ebola

Ημερομηνία συμπλήρωσης του δελτίου: ___ / ___ / _____		(ημέρα/ μήνας/ έτος)		
Το κρούσμα δηλώθηκε από τη Μονάδα Υγείας:				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
Επώνυμο ασθενούς:		Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	
Όνομα ασθενούς:		Ημ/νία γέννησης: (ή ηλικία σε έτη)	___ / ___ / _____	
Αλλοδαπή Εθνικότητα:	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> Αν Ναι, Χώρα καταγωγής:..... Αν Ναι, Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>			
Επάγγελμα:				
Τηλέφωνα επικοινωνίας ασθενούς:				
Χώρα κατοικίας:		Δ/ση κατοικίας:		
Περιφ. Ενότητα:		Δήμος:		
Πόλη ή χωριό:		Τ. Κ. :		
Όνοματεπώνυμο ατόμου που δίνει τις πληροφορίες, σχέση με ασθενή:		Τηλέφωνα επικοινωνίας:		
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ				
Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ___ / ___ / _____		(ημέρα/ μήνας/ έτος)		
Συμπτώματα	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΓΝ	Παρατηρήσεις
1 Πυρετός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αν Ναι, °C * Ημερομηνία λήψης θερμοκρασίας: ___ / ___ / _____ * μέγιστη θερμοκρασία
2 Κεφαλαλγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Διάρροια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Κοιλιακό άλγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Έμετος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Ανορεξία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Λήθαργος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Μυαλγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Δυσκολία κατάποσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Δυσκολία αναπνοής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Έντονος βήχας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Δερματικό εξάνθημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Ανεξήγητες αιμορραγίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Αν Ναι, περιγράψτε:

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Γραφείο Ζωνοσών

Τηλ. επικοινωνίας: 210-5212054 Φαξ αποστολής: 210-8842011

Φαξ αποστολής σε μη εργάσιμες μέρες & ώρες: 210-5212189

Δελτίο Διερεύνησης Κρούσματος Αιμορραγικού Πυρετού από ιό Ebola

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΑΦΩΝ														
Χωριό/ περιοχή /Δήμος/ Περιφερειακή Ενότητα όπου εμφανίσθηκαν τα πρώτα συμπτώματα του ασθενούς:														
Χώρα (αν τα πρώτα συμπτώματα εμφανίστηκαν εκτός Ελλάδος):														
<p>Αναφέρονται μετακινήσεις του ασθενούς μετά την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν Ναι, αναφέρετε αναλυτικά, όνομα χωριού/ Δήμου/ Περιφερειακής Ενότητας που επισκέφτηκε:</p> <p>α) _____ Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</p> <p>β) _____ Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</p> <p>γ) _____ Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</p> <p>Αν επισκέφτηκε και άλλες περιοχές, αναφέρατε συνοπτικά:</p>														
<p>Αναφέρονται άτομα με τα οποία ήρθε ο ασθενής σε επαφή* μετά την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν Ναι, αναφέρετε αναλυτικά τα ονοματεπώνυμα των ατόμων και στοιχεία επικοινωνίας:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Επώνυμο / Όνομα:</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Τηλέφωνο επικοινωνίας:</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Διεύθυνση κατοικίας:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Επώνυμο / Όνομα:</td> <td style="padding: 5px;">Τηλέφωνο επικοινωνίας:</td> <td style="padding: 5px;">Διεύθυνση κατοικίας:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Επώνυμο / Όνομα:</td> <td style="padding: 5px;">Τηλέφωνο επικοινωνίας:</td> <td style="padding: 5px;">Διεύθυνση κατοικίας:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Επώνυμο / Όνομα:</td> <td style="padding: 5px;">Τηλέφωνο επικοινωνίας:</td> <td style="padding: 5px;">Διεύθυνση κατοικίας:</td> </tr> </table> <p>Αν υπάρχουν και άλλα άτομα αναφέρατε συνοπτικά:</p> <p>*έκθεση σε βιολογικά υγρά του ασθενούς, άμεση επαφή με τον ασθενή ή παρατεταμένη παραμονή σε ακτίνα ≤ 1 μέτρου</p>			Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:	Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:	Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:	Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:
Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:												
Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:												
Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:												
Επώνυμο / Όνομα:	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Διεύθυνση κατοικίας:												
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ														
<p>Ο ασθενής έχει έρθει σε επαφή με άτομο που τελεί υπό διερεύνηση ή είναι πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα αιμορραγικού πυρετού Ebola τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν Ναι, περιγράψτε επαφή: _____</p> <p>Αν Ναι, προσδιορίστε στοιχεία ατόμου Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Την περίοδο της επαφής, το άτομο ήταν ζωντανό ή νεκρό; Εάν νεκρό, προσδιορίστε ημερομηνία θανάτου: ___ / ___ / _____</p>														
<p>Ο ασθενής ταξίδεψε στο εξωτερικό τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη συμπτωμάτων; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν Ναι, Ημερομηνία άφιξης στην Ελλάδα: ___ / ___ / _____ Αν Ναι, αναφέρετε περιοχές του εξωτερικού όπου ταξίδεψε:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">α) Χώρα / περιοχή / πόλη:</td> <td style="padding: 5px;">Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">β) Χώρα / περιοχή / πόλη:</td> <td style="padding: 5px;">Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">γ) Χώρα / περιοχή / πόλη:</td> <td style="padding: 5px;">Ημερομηνία: ___ / ___ / _____</td> </tr> </table>			α) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____	β) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____	γ) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____						
α) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____													
β) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____													
γ) Χώρα / περιοχή / πόλη:	Ημερομηνία: ___ / ___ / _____													

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Γραφείο Ζωνοσών

Τηλ. επικοινωνίας: 210-5212054 Φαξ αποστολής: 210-8842011

Φαξ αποστολής σε μη εργάσιμες μέρες & ώρες: 210-5212189

Δελτίο Διερεύνησης Κρούσματος Αιμορραγικού Πυρετού από ιό Ebola

Αν επισκέφτηκε και άλλες περιοχές, αναφέρατε συνοπτικά:			
<p>Ο ασθενής είχε άμεση επαφή με άγρια ζώα (π.χ. νυχτερίδες, πίθηκους ή τρωκτικά) στο εξωτερικό τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη συμπτωμάτων;</p> <p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> Αν Ναι, Χώρα/ Περιοχή / Πόλη: _____</p>			
<p>Ο ασθενής παραβρέθηκε σε κηδεία τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, ονοματεπώνυμο του θανόντος: _____</p> <p>Περιοχή (ή Χώρα) που πραγματοποιήθηκε η κηδεία: _____</p> <p>Ήρθε σε άμεση επαφή με τον νεκρό; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν Ναι, περιγράψτε επαφή _____</p>			
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			
<p>Συλλέχθηκαν δείγματα; ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, συλλέχθηκε: αίμα <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ούρα <input type="checkbox"/> σάλιο <input type="checkbox"/> βιοψία <input type="checkbox"/> κόπρανα <input type="checkbox"/> άλλο <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία συλλογής: ___ / ___ / ____</p>			
Αποτελέσματα	Καλλιέργεια ιού	ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> Ν/Α <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία ___ / ___ / ____
	Ανίχνευση γενετικού υλικού του ιού (PCR)	ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> Ν/Α <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία ___ / ___ / ____
	Άλλο.....	ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> Ν/Α <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία ___ / ___ / ____ N/A: δεν πραγματοποιήθηκε
ΕΚΒΑΣΗ			
<p>Ίαση <input type="checkbox"/> Θάνατος <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Σε περίπτωση θανάτου: Ημερομηνία: ___ / ___ / ____</p> <p><i>Προσοχή: Σε περίπτωση ακόμη ασθενούς, επί τελικής έκβασης (ίαση ή θανάτου) να γίνει νέα αποστολή του δελτίου με ανανεωμένη α) την πληροφορία της έκβασης και β) την ημερομηνία συμπλήρωσης του δελτίου!</i></p>			
ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ (συμπληρώνεται από το ΚΕΕΛΠΝΟ ή ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ)			
<p>Δεν αποτελεί κρούσμα <input type="checkbox"/> Πιθανό <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο <input type="checkbox"/></p>			

Το Δελτίο συμπληρώθηκε από τον / την

.....

Υπογραφή

.....

Τηλ. επικοινωνίας:

Σταθερό Κινητό:

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Γραφείο Ζωνοσών

Τηλ. επικοινωνίας: 210-5212054 Φαξ αποστολής: 210-8842011

Φαξ αποστολής σε μη εργάσιμες μέρες & ώρες: 210-5212189