

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ – ΥΔ8  
**ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

► 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"/> Ιλαρά	<input type="checkbox"/> Ερυθρά	<input type="checkbox"/> Παρωτίτιδα	<input type="checkbox"/> Ανεμευλογία με επιπλοκές

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 ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση: .....
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά: .....
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά: .....
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 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε: .....
2.6 Εμβολιασμός με MMR; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων: .....
2.7 Μονοδύναμο εμβόλιο; (για νόσημα που δηλώνεται) <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

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογία)	
3.4 Κύριες εκδηλώσεις: .....	
3.5 Επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία <input type="checkbox"/> Από ΚΝΣ → .....	
<input type="checkbox"/> Άλλη → .....	
3.6 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

4.1 Ορολογική εξέταση: IgG: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> 4πλασιασμός τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	4.2 <input type="checkbox"/> IgM (+) στο σάλιο
IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....	