ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Πρόληψης Μεταδοτικών Νοσημάτων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

Τηλ.: **210 5212 000**
Τηλ.: **210 8899 000**
e-mail: epid@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (HUS) ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΕΝΤΕΡΟΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ (EHEC/ VTEC/ STEC)

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ___/___/___

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

ΑΣΘΕΝΗΣ

1.1 ΑΜΚΑ: ► **Επώνυμο:** ► **Όνομα:**

1.2 Ημ/νία γέννησης: ___/___/___ **ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία:** ____ ετών μηνών ημερών (*ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ*) **1.3 Φύλο:** ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.4 Τόπος διαμονής: ► **Περιφ. Ενότητα (Νομός):** ► **Δήμος** ☐ Άστεγος

► **Πόλη/χωριό:** ► **Οδός/Αριθμός:** ► **Τ.Κ.:** ► **Τηλ.:**

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Χώρα;** .....

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Σχέση ;** .....

2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ποιό/ά;** .....

2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Πού;** .....

2.4 Είναι: ► **Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ήρθε από:** ..... ☐ **Άφιξη:** ___/___/___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

► **Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Από ποιά χώρα;** ..... ☐ **Από πότε ;** ___/___ (ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Ποιά;** .....

2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Χώρα:** ..... ☐ **Άφιξη στην Ελλάδα:** ___/___/___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.7 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Τι- πού;** .....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► **Νοσοκομείο:** .....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη κρούσματος: ☐ **Επιβεβαιωμένο** ☐ **Πιθανό** ☐ **Ενδεχόμενο**

☐ **Ημ/νία εισαγωγής:** ___/___/___

3.3 Εκδηλώσεις: ☐ Εντερίτιδα ☐ Δυσεντερία ☐ Εντερικός πυρετός ☐ Σηψαιμία ☐ Ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο ☐ Άλλο ☐ .....

3.4 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος ☐ **Ημ/νία θανάτου:** ___/___/___

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1	**Απομόνωση/καλ/γεια *E. Coli* που παράγει shiga-τοξινη/verοκυτοτοξίνη ή που έχει γονίδια stx1/vtx1 ή stx2/vtx2:**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
4.2	**Καλ/γεια κλινικού δείγματος σε υλικό με σορβιτόλη για απομόνωση E. coli O157:**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
4.3	**Άμεση ανίχνευση γονιδίων stx1/vtx1 ή stx2/vtx2:**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
4.4	**Άμεση ανίχνευση ελεύθερης shiga-τοξινης/vero-κυτοτοξίνης στα κόπρανα:**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
4.5	**Ανίχνευση αντισωμάτων έναντι συγκεκριμένων οροομάδων (LPS) E.coli (μόνο για ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο):**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται

4.6 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

4.7 Είδος/ορότυπος παθογόνου: .....

4.8 Αποστολή στελέχους σε Κέντρο Αναφοράς: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ **Σε ποιο;** .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.