

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

- Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____
- Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ	
ΑΜΚΑ:	► Επώνυμο: _____ ► Όνομα: _____
Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ) Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ
Τόπος κατοικίας: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός): _____ ☐ Αστεγος	
► Δήμος: _____ ► Πόλη/χωριό: _____	
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση: _____ ► Τηλ.: _____	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	
2.1 Επάγγελμα: _____ ► Πολύωρη υπαίθρια παραμονή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Τι: _____	
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιά: _____	
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα: _____	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης ☐ Άλλο → _____	
2.4 Πρόσφατο ταξίδι από το εξωτερικό (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πού-πότε: _____	
Επίσκεψη σε άλλες περιοχές της Ελλάδας (τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιές; α) _____ β) _____	
2.5 Μετάγγιση αίματος/παραγώγων ή μεταμόσχευση οργάνων ή εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα; (τις 2 εβδ. πριν έναρξη νόσου) ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Τι, πού, πότε: _____	
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ► Σε ΜΕΘ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: _____ → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Ειδική κατάσταση: ☐ Σε ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Νεογνό (<28 ημερών)	
3.4 Εκδηλώσεις από ΚΝΣ: ☐ Εγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Πάρεση - παράλυση	
3.5 Άλλες εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Κεφαλαλγία ☐ Εξάνθημα → Τι: _____	
3.6 Υποκείμενα νοσήματα: _____	
3.7 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός: _____	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση: _____	
Υπογραφή (& σφραγίδα): _____	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Ορολογική εξέταση στον ορό: IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε IgG: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	
4.2 Ορολογική εξέταση στο ΕΝΥ: IgM: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε IgG: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	
4.3 Ανίχνευση RNA (PCR): ΕΝΥ: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε Αίμα: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: _____	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση: _____	
Υπογραφή (& σφραγίδα): _____	