



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

e-mail αποστολής: zoonoses@eody.gov.gr - Επιβεβαιώστε την παραλαβή του δελτίου καλώντας στα τηλέφωνα επικοινωνίας 210 8899136 ή 8899045

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ/ΝΟΣΟΥΝΤΑ Ή ΝΕΚΡΑ ΠΤΗΝΑ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΤΩΝ ΠΤΗΝΩΝ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:/...../..... ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ (Π.Ε.)

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΠΤΗΝΟΤΡΟΦΙΚΗΣ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ Ή ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΚΤΡΟΦΗΣ:..... ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΚΤΡΟΦΗΣ (Επώνυμο/Όνομα):..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ (Σταθερό/Κινητό):.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΤΕΘΕΝΤΩΝ						ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ				ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ			
A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ για εποχική γρίπη την τρέχουσα χρονιά	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΚΘΕΣΗΣ	ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΞΕΛΤΑΜΙΒΙΡΗΣ Ή ΑΛΛΟΥ ΑΝΤΙΪΙΚΟΥ	FOLLOW-UP ΕΚΤΕΘΕΝΤΩΝ	ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ
		Άρρεν ☐ Θήλυ ☐				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ, ημερομηνία εμβολιασμού/...../.....	/..../.. έως/..../..		ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ προσδιορίστε	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία έναρξης/...../.....	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	☐ Άνευ συμπτωμάτων ☐ Συμπτώματα γριπώδους συνδρομής
		Άρρεν ☐ Θήλυ ☐				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ, ημερομηνία εμβολιασμού/...../.....	/..../.. έως/..../..		ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ προσδιορίστε	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία έναρξης/...../.....	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	☐ Άνευ συμπτωμάτων ☐ Συμπτώματα γριπώδους συνδρομής
		Άρρεν ☐ Θήλυ ☐				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ, ημερομηνία εμβολιασμού/...../.....	/..../.. έως/..../..		ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Εάν ΝΑΙ προσδιορίστε	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία έναρξης/...../.....	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	☐ Άνευ συμπτωμάτων ☐ Συμπτώματα γριπώδους συνδρομής

Να χρησιμοποιηθούν όσα δελτία χρειάζονται για την αποτύπωση των στοιχείων όλων των εκτεθέντων ατόμων κατά το ίδιο συμβάν

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ: Συμπληρώστε ένα από: **Α)** Πτηνοτρόφος, **Β)** Εργαζόμενος σε Πτηνοτροφείο, **Γ)** Κτηνίατρος Ιδιώτης, **Δ)** Κτηνίατρος δημόσιας υπηρεσίας, **Ε)** Εργαζόμενος στη Θανάτωση/Μεταφορά πτωμάτων/Υγειονομική Ταφή/Απολύμανση. **ΣΤ)** Σφαγέας, **Ζ)** Εργαζόμενος σε ιολογικό /μικροβιολογικό εργαστήριο **Η)** Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε).

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ: Τήρηση μέτρων που αναφέρονται στο παράρτημα Γ' του Εθνικού Σχεδίου Εκτάκτου Ανάγκης για τη Γρίπη των Πτηνών ΥΑ 258754 (ΦΕΚ 840/12.05.2008).

FOLLOW-UP ΕΚΤΕΘΕΝΤΩΝ: Να δοθεί οδηγία να αυτοπαρακολουθούνται για 10 ημέρες από την τελευταία επαφή με τα πτηνά. Επί εμφάνισης συμπτωμάτων να ενημερώσουν την τοπική υπηρεσία δημόσιας υγείας και ΕΟΔΥ και να κάνουν συνεχή χρήση μάσκας KN95 (FFP2). Στο τέλος των 10 ημερών αυτοπαρακολούθησης συστήνεται ενεργητική επικοινωνία της υπηρεσίας δημόσιας υγείας με τους εκτεθέντες προς επιβεβαίωση της απουσίας ή της παρουσίας συμπτωμάτων.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ: Συμπτώματα γριπώδους συνδρομής είναι τα εξής: πυρετός >38° C, βήχας, δύσπνοια, επιπεφυκίτις ή γαστρεντερίτιδα.

Ονοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας της Δ/σης Δημόσιας Υγείας:.....

Ιδιότητα:..... Τηλέφωνο:..... Υπογραφή:.....