

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΕΥΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΙΘΗΚΩΝ (MONKEYPOX)

► Ημερομηνία δήλωσης: / /

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
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: ☐ Αστέγος	
► 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	Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πού:	
2.3	Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα:	Αφίξη στην Ελλάδα: ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.4	Ανοσοκαταστολή:	☐ Ναι ☐ Όχι → Αν ναι, προσδιορίστε:	
2.5	Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM):	☐ Ναι ☐ Όχι	
2.6	Εγκυμοσύνη:	☐ Ναι ☐ Όχι → Αν ναι, τρίμηνο κύησης:	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ <u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u>	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	___/___/___	Κατάταξη κρούσματος:	☐ Επιβεβαιωμένο ☐ Πιθανό ☐ Ενδεχόμενο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής:	___/___/___
3.3. Κύριες εκδηλώσεις:		☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Λεμφαδενοπάθεια ☐ Μυαλγίες ☐ Ραχιαλγία/Οσφυαλγία ☐ Καταβολή	
→ Ημ/νία εμφάνισης πυρετού (>38° C):		___/___/___ Ημ/νία εμφάνισης εξανθήματος: ___/___/___	
3.4 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά:		☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Άνδρας με σεξ. επαφές με άνδρες (MSM) ☐ Εγκυμοσύνη	
3.6 Έκβαση:	☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου:	___/___/___
► Ο/η θεράπων ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:		►	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ►Υλικό:	☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται
4.2 PCR: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	►Υλικό:
4.3 IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε	IgG: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε
4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: ☐	
4.5 Είδος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα):