ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • 151 23 Αττική

Φαξ για αποστολή δήλωσης: 210.8818.868
Τηλέφωνα για πληροφορίες: 210.5212.054

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-*nCoV*

▶ **Νοσοκομείο:** ▶ **Κλινική:**
▶ **Ον/μο ιατρού:** ▶ **Τηλ. για επικοινωνία:**

ΑΣΘΕΝΗΣ

1.1 ΑΜΚΑ: **Επώνυμο:**..... ..... **Όνομα:** ..... **1.2 Ηλικία:** ☐☐ (έτη)

1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ **1.4 Τόπος κατοικίας:** ▶**Περιφ. Ενότητα (Νομός):** .....

..... ▶ **Δήμος:** .....

▶ **Πόλη/χωριό:** ..... ▶**Τ.Κ.:** ..... ▶ **Τηλ. ασθενούς:** .....

1.4 Εθνικότητα: ..... **1.5 Επάγγελμα:** .....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)

2.1 Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε περιοχή όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα[1]: Ποια περιοχή;..... ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ

▶ **Αν ναι:**
➔ Ημ/νία άφιξης στην περιοχή: ☐☐/☐☐/☐☐ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)
➔ Ημ/νία αναχώρησης από την περιοχή: ☐☐/☐☐/☐☐ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.2 Στενή επαφή με πιθανό ή εργαστηριακά επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019- nCoV: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ

2.3 Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας όπου αντιμετωπίζονταν ασθενείς με λοίμωξη από το νέο κοροναϊό 2019- nCoV: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ☐☐/☐☐/☐☐ ☐ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ☐ ΑΓΝ

3.2 Συμπτώματα:
☐ Πυρετός/ιστορικό ☐ Δύσπνοια ☐ Βήχας ☐ Φαρυγγαλγία ☐ Καταρροή ☐ Αδυναμία
☐ Κεφαλαλγία ☐ Ευερεθιστότητα/σύγχυση ☐ Μυαλγίες ☐ Αρθραλγίες ☐ Θωρακαλγία ☐ Κοιλιακό άλγος
☐ Ναυτία/έμετος ☐ Διάρροια Άλλο,ποιο; .....

3.3 Σημεία:
☐ Θερμοκρασία : [___][___][___] □°C ☐ Δύσπνοια/ταχύπνοια ☐ Παθολογικά ευρήματα από ακρόαση πνευμόνων
☐ Φαρυγγικό εξίδρωμα ☐ Εξέρυθροι επιπεφυκότες ☐ Κώμα ☐ Σπασμοί
Άλλο,ποιο; .....

3.4 Απεικονιστικά ευρήματα: ☐ Παθολογικά ευρήματα από ακτινογραφία θώρακος

3.5 Υποκείμενα νοσήματα / συννοσηρότητα:
☐ Κύηση (τρίμηνο: .....) ☐ Λοχεία (<6 εβδ) ☐ Νόσημα καρδιαγγειακού (περιλαμβανομένης Αρτ.Υπέρτασης
☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Κακοήθης νόσος ☐ Νεφρική νόσος ☐ Ηπατική νόσος ☐ Σακχαρώδης Διαβήτης
☐ Χρόνια αναπνευστική νόσος ☐ Χρόνια νευρολογική /νευρομυϊκή νόσος Άλλο,ποιο; .....

3.6 Επιπλοκές: ☐ ARDS ☐ Νεφρική ανεπάρκεια ☐ Καρδιαγγειακές ☐ Πολυοργανική ανεπάρκεια
☐ Άλλη, ποια; .....

4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

☐ Ύποπτο ☐ Πιθανό ☐ Επιβεβαιωμένο

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

5.1 Ημ/νία εισαγωγής στο νοσοκομείο : ☐☐/☐☐/☐☐ **5.2 Ημ/νία αναπν/κής απομόνωσης:** ☐☐/☐☐/☐☐

5.3 Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ▶**Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ:** ☐☐/☐☐/☐☐

5.4 Μπήκε σε αναπνευστήρα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ▶**Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία διασωλήνωσης:** ☐☐/☐☐/☐☐
Ημ/νία αποσωλήνωσης: ☐☐/☐☐/☐☐

5.5 Σύνδεση σε ECMO; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ▶**Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία σύνδεσης:** ☐☐/☐☐/☐☐

5.6 Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ▶**Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία μεταφοράς:** ☐☐/☐☐/☐☐
▶ **Σε ποιο Νοσοκομείο:** .....

6. ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ

☐ Ίαση ☐ Ακόμα ασθενής ☐ Θάνατος ➔ **Ημ/νία θανάτου:** ☐☐/☐☐/☐☐

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

7.1 Αποστολή κλινικού δείγματος για 2019-nCoV σε Εργαστήριο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ **Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία αποστολής:** ☐☐/☐☐/☐☐

▶ Σε ποιο Εργαστήριο:..... ➔**Αποτέλεσμα:** ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ **Μέθοδος διάγνωσης:** .....

7.2 Έλεγχος για συνήθη παθογόνα αίτια πνευμονίας της κοινότητας (πχ για S.pneumoniae, Haemophilus Influenza type B, Legionella pneumophila, ιούς γρίπης, RSV κλπ): ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΑΓΝ ▶ **Αν, ναι** ➔ **Ημ/νία αποστολής:** ☐☐/☐☐/☐☐

[1] Επικαιροποιημένος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov

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