



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Δ/ση Δημόσιας Υγείας  
Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής  
Ταχ. Δ/ση: Κανάρη 44  
Ταχ. Κωδ.: 261 10  
Πληροφορίες: Ε. Παπαδόπουλος  
Ο. Πολυχρονοπούλου  
Τηλέφωνο: 2613 620714  
2613620758

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ  
Μ. Π. Δ. Δ.

Αρ. Πρωτ. 1079  
Πάτρα 29/1/2015 ΠΑΤΡΑ, 29-01-2015

*Συμεωνίδα*  
+  
*Μεϊφινας*

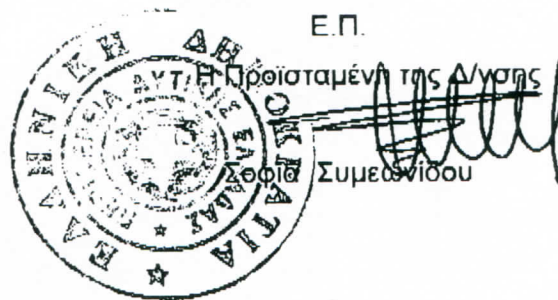
Αρ. πρωτ.: 28480/459

ΠΡΟΣ : ΑΠΔ

**ΘΕΜΑ :** Ενημέρωση – Διαβίβαση εγγράφου

**ΣΧΕΤ :** Το υπ. αριθμ. οικ.1016/19-01-2015 έγγραφο του ΚΕΕΛΠΝΟ

Σας διαβιβάζουμε το νέο δελτίο υποχρεωτικής δήλωσης μηνιγγιτίδας και μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου προς ενημέρωσής σας και παρακαλούμε για τις τυχόν δικές σας ενέργειες.  
Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση και συνεργασία.



**ΑΠΔ**

1. 6<sup>η</sup> ΥΠΕ  
Υπάτης 1 & Ν.Ε.Ο. Πατρών - Αθηνών  
Τ.Κ. 264 41 - Πάτρα
2. Ιατρικός Σύλλογος Πατρών  
Βότση 42 - Τ.Κ. 262 21 - Πάτρα
3. Ιατρικός Σύλλογος Αιγίου  
Φειζοπούλου 8 - 25 100 - Αίγιο
4. Ιδιωτική Γενική Κλινική  
"ΟΛΥΜΠΙΟΝ Α.Ε."  
Βόλου & Μειλίχου - 264 43 - Πάτρα
5. Ιδιωτική Γενική Κλινική Πατρών  
"ΠΡΩΤΟΚΛΗΤΟΣ"  
Κανακάρη 147 & Βότση - Πάτρα
6. Ιδιωτικό Μαιευτήριο Πατρών Α.Ε.  
Ρήγα Φεραίου 143 - Πάτρα
7. "Ιδιωτική Κλινική Μαιευτήριο ΗΩ" Ε.Π.Ε.  
Ερμού 76-78 - Πάτρα

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ4  
**ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ & ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

ΠΕΡ.  
 ΕΝΟΤ. \_\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ

A.  Μηνιγγίτιδα  Σηψαιμία B.  Άσηπτη  Βακτηριακή Γ.  Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: ..... ► Όνομα: ..... ► Όνομα Πατρός: .....

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η ηλικία: \_\_\_\_ ετών μνηών ημερών 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: ..... ► Πόλη/χωριό: .....

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση: ..... ► Τηλ.: .....

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: .....

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: .....

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: .....

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →

2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: .....  
 (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

2.6 Εμβολιασμός:	Αρ. δόσεων	Ημ/νία τελευτ.δόσης	Αντιπνευμονιοκοκκικός Εμβολιασμός	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ
► Hib:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	PCV 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων
			1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____
			2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____
			3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____
			4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____
► Men A-C-W-Y:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>			

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: ..... → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι: .....

3.4 Αιμορραγικό εξάνθημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ 3.5 Αντιβιοτικό πριν λήψη ΕΝΥ ή αίματος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → .....

3.6 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 ΕΝΥ: ► Κύτταρα (/μL): ..... ► Πολυ (%): ..... ► Λεμφο (%): ..... ► Θετικό Latex test:  ΟΧΙ  ΝΑΙ

► Πρωτεΐνη (mg/dL): ..... ► Γλυκόζη (mg/dL): ..... ► Χρώση Gram:

4.2 PCR: ► ΕΝΥ:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.3 Καλ/γεια: ► ΕΝΥ:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό:

4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου: .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):



**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΔΗΛΩΣΗΣ  
ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ**

- Τα Δελτία Δήλωσης περιέχουν πληροφορίες απαραίτητες για να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις στον περίγυρο του ασθενούς και για να εξαχθούν ουσιαστικά συμπεράσματα:  
ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ. Εάν η απάντηση είναι αρνητική παρακαλούμε να σημειώνετε το "ΟΧΙ", εάν δεν είναι γνωστή να σημειώνετε το "ΑΓΝ" (Άγνωστο) όπου προβλέπεται. "ΘΕΤ"= Θετικό, "ΑΡΝ"= Αρνητικό.
- Ημερομηνία δήλωσης: Η ημερομηνία που δηλώνεται το λοιμώδες νόσημα και συμπληρώνεται το δελτίο από τον θεράποντα ιατρό.
- Όνοματεπώνυμο: Είναι απαραίτητο α) για την περίπτωση που χρειάζεται να ληφθούν μέτρα προφύλαξης άλλων ατόμων και/ή περιορισμού της διασποράς της λοίμωξης (π.χ. χημειοπροφύλαξη, διερεύνηση της πηγής κλπ.), και β) για την διασφάλιση ότι δεν υπάρχει προηγούμενη δήλωση για τον ίδιο ασθενή και την αποφυγή διπλοεγγραφών. Η δήλωση των προσωπικών στοιχείων γίνεται με βάση τις προβλέψεις του Νόμου 2472/1997 περί "Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα" καθώς οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για την προστασία της δημόσιας υγείας και ο χειρισμός τους γίνεται με τρόπο που διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο.
- Ημ/νία γέννησης ή Ηλικία: Είναι βασική παράμετρος. Προτιμάται η ημερομηνία γέννησης. Η ηλικία σημειώνεται σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη ή μήνες ή ημέρες.
- Τόπος κατοικίας: Είναι ουσιώδης παράμετρος για την ανίχνευση τυχόν επιδημίας.
- Στοιχεία για επικοινωνία: Απαραίτητα για τυχόν λήψη μέτρων περιορισμού της διασποράς της λοίμωξης. Εάν διαμένει σε ξενοδοχείο, ενοικιαζόμενα δωμάτια κλπ., στη "Διεύθυνση" σημειώνεται το όνομα του ξενοδοχείου κλπ.
- Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα: Σημειώνεται εάν είναι γνωστό άλλο κρούσμα της ίδιας νόσου στον περίγυρο του ασθενούς (διερεύνηση για επιδημία). Στο πεδίο "Σχέση": π.χ. αδελφός, φίλος, συμμαθητής κλπ.
- Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση: Περιλαμβάνεται "σχολείο" ή "σχολή" κάθε είδους και βαθμίδας (νηπιαγωγείο, μέση-ανώτερη-ανώτατη σχολή κ.ά). Η "ομαδική διαβίωση" περιλαμβάνει κατασκήνωση, οικοτροφείο, οίκο ευγηρίας, στρατό, φυλακή κ.ά. Σημειώνεται ποιό σχολείο, οικοτροφείο κλπ.
- Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα: Περιλαμβάνονται: (1) Έλληνες Τσιγγάνοι, (2) Έλληνες Μουσουλμάνοι, (3) Έλληνες παλιννοστήσαντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση.
- Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: Εάν ο ασθενής είναι αλλοδαπός, σημειώνεται η χώρα προέλευσης (μετανάστης) ή μόνιμης κατοικίας (ταξιδιώτης).
- Εμβολιασμός: Θα πρέπει να συμπληρώνεται η εμβολιαστική κατάσταση του ασθενούς καθώς και ο αριθμός των δόσεων, εφόσον είναι γνωστά.
- Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: Πρέπει να συμπληρώνεται ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ γιατί είναι πολύ σημαντική πληροφορία για την ανίχνευση τυχόν επιδημίας ή αυξητικών διαχρονικών τάσεων.
- Εργαστηριακά ευρήματα: Αποτελούν απαραίτητες πληροφορίες καθώς σε αυτές βασίζεται η κατάταξη του κρούσματος.
- Κατάταξη κρούσματος: Βλέπε το παρόν Εγχειρίδιο ορισμών κρούσματος. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΚΕΝΟ για να συμπληρώνεται από τη Δ/ση Υγείας του Νομού ή το ΚΕΕΛ.