

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-COV-2

▶ Νοσοκομείο:		▶ Κλινική:	
▶ Ον/μο ιατρού:		▶ Τηλ. για επικοινωνία:	
<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>			
1.1 ΑΜΚΑ:	Επώνυμο:	Όνομα:	1.2 Ηλικία: ____ (έτη)
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	1.4 Τόπος κατοικίας: ▶ Περιφ. Ενότητα (Νομός):		
▶ Δήμος:			
▶ Πόλη/χωριό:		▶ Τ.Κ.:	
▶ Τηλ. ασθενούς:		1.5 Επάγγελμα:	
1.4 Εθνικότητα:			
1.5 Επάγγελμα:			
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-CoV2 ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)</b>			
2.1 Ταξίδι ή διαμονή σε χώρα του εξωτερικού: Πού:.....	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ <b>Αν ναι:</b> → Ημ/νία άφιξης στην περιοχή: → Ημ/νία αναχώρησης από την περιοχή:	____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ ____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
2.2 Στενή επαφή με πιθανό ή εργαστηριακά επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019- nCoV:		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	
2.3 Νοσηλεύμενος με σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού, χωρίς άλλη αιτιολογία		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	
<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>			
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		<input type="checkbox"/> ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	
3.2 Συμπτώματα:			
<input type="checkbox"/> Πυρετός/ιστορικό	<input type="checkbox"/> Δύσπνοια	<input type="checkbox"/> Βήχας	<input type="checkbox"/> Φαρυγγαλγία
<input type="checkbox"/> Καταρροή	<input type="checkbox"/> Αδυναμία	<input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία	<input type="checkbox"/> Ευερεθιστότητα/σύγχυση
<input type="checkbox"/> Μυαλγίες	<input type="checkbox"/> Αρθραλγίες	<input type="checkbox"/> Θωρακαλγία	<input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος
<input type="checkbox"/> Ναυτία/έμετος	<input type="checkbox"/> Διάρροια	Άλλο, ποιό; .....	
3.3 Σημεία:			
<input type="checkbox"/> Θερμοκρασία : [____][____][____] °C	<input type="checkbox"/> Δύσπνοια/ταχύπνοια	<input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακρόαση πνευμόνων	
<input type="checkbox"/> Φαρυγγικό εξίδρωμα	<input type="checkbox"/> Εξέρυθροι επιπεφυκότες	<input type="checkbox"/> Κώμα	<input type="checkbox"/> Σπασμοί
Άλλο, ποιό; .....			
3.4 Απεικονιστικά ευρήματα: Α/Α θώρακος <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Παθολογικά ευρήματα <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
3.5 Υποκείμενα νοσήματα / συννοσηρότητα:			
<input type="checkbox"/> Κύηση (τρίμηνο: .....	<input type="checkbox"/> Λοχεία (<6 εβδ)	<input type="checkbox"/> Νόσημα καρδιαγγειακού (περιλαμβανομένης Αρτ.Υπέρτασης	
<input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή	<input type="checkbox"/> Κακοήθης νόσος	<input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος	<input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος
<input type="checkbox"/> Σακχαρώδης Διαβήτης	<input type="checkbox"/> Χρόνια αναπνευστική νόσος	<input type="checkbox"/> Χρόνια νευρολογική /νευρομυϊκή νόσος	Άλλο, ποιό; .....
<input type="checkbox"/> Αγωγή με αντιυπερταστικά σκευάσματα: .....			
3.6 Επιπλοκές: <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Νεφρική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Καρδιαγγειακές <input type="checkbox"/> Πολυοργανική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> ΚΝΣ			
<input type="checkbox"/> Πνευμονία <input type="checkbox"/> Άλλη, ποιό; .....			
<b>4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ</b>			
<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο			
<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>			
5.1 Εισαγωγή στο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		▶ Αν, ναι → Ποιο νοσοκομείο:	
5.2 Ημ/νία εισαγωγής στο νοσοκομείο: ____/____/____		5.2 Ημ/νία αναπν/κής απομόνωσης: ____/____/____	
5.3 Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ: ____/____/____	
5.4 Μπήκε σε αναπνευστήρα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία διασωλήνωσης: ____/____/____ Ημ/νία αποσωλήνωσης: ____/____/____	
5.5 Σύνδεση σε ECMO; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία σύνδεσης: ____/____/____	
5.6 Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία μεταφοράς: ____/____/____	
▶ Σε ποιο Νοσοκομείο: .....			
<b>6. ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΟΥ</b>			
<input type="checkbox"/> Ίαση	<input type="checkbox"/> Ακόμα ασθενής	<input type="checkbox"/> Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ</b>			
7.1 Αποστολή κλινικού δείγματος για 2019-nCoV σε Εργαστήριο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία αποστολής: ____/____/____	
▶ Σε ποιο Εργαστήριο:.....		→ Αποτέλεσμα: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ		▶ Αν, ναι → Ημ/νία αποστολής: ____/____/____	