

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
**ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

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

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

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

☐ Ιλαρά ☐ Ερυθρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ανεμευλογιά με επιπλοκές

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

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: \_\_\_\_\_ ☐ Άστεγος  
► 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 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιό/ά; .....  
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πού; .....  
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ήρθε από: ..... → Αφιξη: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ  
► Μετανάστης/Πρόσφυγας; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Από ποιά χώρα; ..... → Από πότε; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ  
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιά; .....  
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα: ..... → Αφίξη στην Ελλάδα: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ  
2.7 Εμβολιασμός με MMR/MMRV; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: .....  
2.8 Μονοδύναμο εμβόλιο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: .....  
(για νόσημα που δηλώνεται)

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ  
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: ..... ► Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
3.3 Ειδική κατάσταση: ☐ Ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη ☐ Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογιά)  
3.4 Κύριες εκδηλώσεις: .....  
3.5 Επιπλοκές: ☐ Πνευμονία ☐ Από ΚΝΣ → Τι; .....  
☐ Άλλη → .....  
3.6 Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
► Ο/η θεράπων ιατρός: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα): .....  
► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Εργαστήριο: ..... Ημ/νία λήψης δείγματος: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Ημ/νία εργαστηριακού αποτελέσματος δείγματος: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
4.2 Ορολογική εξέταση: IgG: ☐ APN ☐ 1 εξέταση θετική ☐ 4πλασιασμός τίτλου ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται  
IgM: ☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε ☐ Αναμένεται  
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: PCR: ..... ☐ APN ☐ ΘΕΤ  
Υπογραφή (& σφραγίδα): .....  
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....