ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση Πρόληψης και Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ) και Ηπατίτιδων
Τμήμα Ηπατιτίδων
Αγράφων 3-5, Μαρούσι • τκ: 151 23 Αττική

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τηλ.: **210 5212178**
Τηλ.: **210 5212068**
Τηλ. Κ.ΕΠΙΧ: 2105212054
e-mail:hepatitis@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ<16 ΕΤΩΝ

► **Ημερομηνία δήλωσης:** ___ / ___ / ___

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

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:**

► **Πόλη/χωριό:** ► **Οδός/Αριθμός:** ► **Τ.Κ.:** ► **Τηλ.:**

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Χώρα;** .....

Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ

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

2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Πού;** .....

2.3 Είναι: ► **Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Ήρθε από:** ..... → **Άφιξη:** ___/___/___ (ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

► **Μετανάστης/Πρόσφυγας;** ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → **Από ποιά χώρα;** ..... → **Από πότε;** ___/___ (ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ)

2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ___ / ___ / ___ → Αριθ. δόσεων: .....

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 Ίκτερος	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ	**3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα;**	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ
3.5 Κοιλιακό άλγος /απώλεια όρεξης	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ	**3.6 Έμετοι/ Ναυτία**	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ
3.7 Πυρετός	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ	**3.8 Αρθραλγία/μυαλγία**	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ
3.9 Άλλα συμπτώματα	☐ ΟΧΙ	☐ ΝΑΙ			

3.10 Έκβαση ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → **Ημ/νία θανάτου:** ___ / ___ / ___

3.11 Μεταμόσχευση ήπατος ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

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

Ηπ.Α/Ε	**4.1 anti-HAV IgM :**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	**4.2 anti HEV IgM**	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ
Ηπ. Β	**4.3 HBsAg:**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	**4.4 anti-HBc IgM:**	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ
	4.5 HBV-DNA:	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	**4.6 HBeAg:**	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ
Ηπ. C	**4.7 anti-HCV (EIA):**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ	**4.8 HCV RNA:**	☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ
Ηπ. D	**4.9 anti-HDV**	☐ ΑΡΝ	☐ ΘΕΤ		
Βιοχημ.	**4.10 SGOT/AST** (U/L):			**4.11 SGPT/ALT** (U/L):	

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα): ►

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