

**ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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

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

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

Πολιομυελίτιδα (και οξεία χαλαρή παράλυση)

Ασυνήθιστο συμβάν (συρροής κρουσμάτων ή μεμονωμένου περιστατικού) →

**Για Ασυνήθιστο συμβάν, Πολιομυελίτιδα (οξεία χαλαρή παράλυση):**

**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: .....

**Κ Υ Ρ Ι Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

2.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ► ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....

2.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.3 Κύριες κλινικές εκδηλώσεις: .....

2.4 Κύρια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά: .....

► 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**

3.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

3.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα: .....

3.3 Είδος/τύπος παθογόνου: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: ..... ►