



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &  
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα : Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης  
Γραφείο : Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό  
& Συγγενών Νοσημάτων  
Πληροφορίες : Θ. Γεωργακοπούλου, Π. Μαυραγάνης, Α. Βερναρδάκη  
Διεύθυνση : Αγράφων 3-5, Μαρούσι  
Ταχ. Κώδικας : 151 23  
Τηλέφωνο : 210-8899049, 210-8899006, 210-8899008  
FAX : 210-8899103

Μαρούσι, ...../...../20.....

Αρ. Πρωτ. :

**ΠΡΟΣ:**

- τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- τους Ιατρικούς Συλλόγους (όπως Πίνακας Αποδεκτών) (με την παράκληση της αποστολής του εγγράφου στα μέλη τους)

**Θέμα: «Ενημέρωση Ιατρών για το ΝΕΟ δελτίο υποχρεωτικής δήλωσης μηνιγγίτιδας και μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου»**

Αξιότιμοι κ.κ. συνάδελφοι,

Η μηνιγγίτιδα αποτελεί διεθνώς νόσημα με ιδιαίτερη σημασία για τη δημόσια υγεία. Η Ελλάδα είναι μια από τις λίγες χώρες παγκοσμίως που επιτηρεί τη μηνιγγίτιδα ως σύνολο, δηλαδή συλλέγει στοιχεία τόσο για τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, που αποτελεί συνήθως τον κύριο στόχο της επιτήρησης, όσο και για τη λοιπή βακτηριακή και την άσηπτη μηνιγγίτιδα.

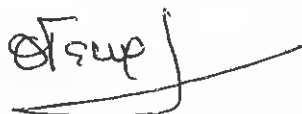
Η επιτήρηση της μηνιγγίτιδας (άσηπτης, βακτηριακής και μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου) γίνεται μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης από το **Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ** και εργαστηριακά από το **Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας (ΕΚΑΜ)** της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Στα πλαίσια της ενίσχυσης της επιδημιολογικής επιτήρησης της μηνιγγίτιδας στη χώρα μας, σας επισυνάπτουμε το **ΝΕΟ Δελτίο Υποχρεωτικής Δήλωσης Μηνιγγίτιδας**, στο οποίο έχουν γίνει αλλαγές ώστε να περιλαμβάνονται και οι πληροφορίες σχετικές με τον εμβολιασμό έναντι μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας Β.

Θα θέλαμε να ζητήσουμε τη συνδρομή σας, καλώντας σας να αποσύρετε τα παλαιά δελτία μηνιγγίτιδας και να τα αντικαταστήσετε με τα νέα το συντομότερο δυνατόν, καθώς επίσης να μην παραλείπετε να συμπληρώνετε τα πεδία που αφορούν στον εμβολιασμό. Τα δελτία αποστέλλονται στο **Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.** με fax (fax no: **210 8842 011**) (επισυνάπτονται Δελτίο Υποχρεωτικής Δήλωσης Μηνιγγίτιδας και οδηγίες συμπλήρωσής του ή επισκεφτείτε το [www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr))

Σας παρακαλούμε να συμβάλλετε και εσείς στην προσπάθειά μας αυτή για τη βελτίωση της επιδημιολογικής επιτήρησης της μηνιγγίτιδας στη χώρα μας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για περαιτέρω διευκρινίσεις.

Η Υπεύθυνη του Τμήματος  
Επιδημιολογικής Επιτήρησης και  
Παρέμβασης



Θ. Γεωργακοπούλου

**Εσωτερική Διανομή:**

1. Γραφείο Προέδρου
2. Γραφείο Διευθυντή
3. Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
4. Γραφείο Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Νοσημάτων

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

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: .....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ  
ΠΕΡ. ΕΝΟΤ. \_\_\_\_\_

A.  Μηνιγγίτιδα  Σηψαιμία B.  Ασηπτη  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 \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

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

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: ..... ► 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 → Ποιό/ά; .....

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; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε; .....

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"/>	PCV 10 <input type="checkbox"/>	PCV 13 <input type="checkbox"/>	PPV 23 <input type="checkbox"/>
► Men B: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων
► Men C: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	1 ____/____/____	1 ____/____/____	1 ____/____/____	1 ____/____/____
► Men A-C-W-Y: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	2 ____/____/____	2 ____/____/____	2 ____/____/____	2 ____/____/____
			3 ____/____/____	3 ____/____/____	3 ____/____/____	3 ____/____/____
			4 ____/____/____	4 ____/____/____	4 ____/____/____	4 ____/____/____

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

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

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....  
Κατάταξη κρούσματος:  Επιβεβαιωμένο  Πιθανό  Ενδεχόμενο  
→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

► Ο/η θεράπων ιατρός: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα): .....  
► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 ENY: ► Κύτταρα (μL): ..... ► Πολυ (%): ..... ► Λεμφο (%): ..... ► Θετικό Latex test:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
► Πρωτεΐνη (mg/dL): ..... ► Γλυκόζη (mg/dL): ..... ► Χρώση Gram: .....

4.2 PCR: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλο υλικό: .....

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

4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου: ..... Υπογραφή (& σφραγίδα): .....

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....

**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 παλινοστήσαντες 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/νση Υγείας του Νομού ή το ΚΕΕΛ.