

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΟΠΤΟΥ/ΠΙΘΑΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ  
ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-CoV-2**

**13-03-2020**

**ΔΙΑΛΟΓΗ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Ύποπτο κρούσμα**

1. Ασθενής με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού (αιφνίδια έναρξη νόσου, πυρετός και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα: βήχα, δύσπνοια) ΚΑΙ χωρίς άλλη αιτιολογία που να εξηγεί πλήρως την κλινική εικόνα ΚΑΙ με ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε χώρα/περιοχή, σύμφωνα με τον επικαιροποιημένο κατάλογο του ΕΟΔΥ<sup>1</sup>, εντός των τελευταίων 14 ημερών πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων

ή

2. Ασθενής με οποιαδήποτε οξεία νόσο του αναπνευστικού ΚΑΙ ιστορικό στενής επαφής<sup>2</sup> με επιβεβαιωμένο ή πιθανό κρούσμα COVID-19 εντός των τελευταίων 14 ημερών πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων

ή

3. Ασθενής με σοβαρή οξεία λοίμωξη αναπνευστικού (Severe Acute Respiratory Illness) η οποία απαιτεί νοσηλεία και για την οποία δεν έχει τεκμηριωθεί άλλη αιτιολογία

ή

4. Ασθενής με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού (αιφνίδια έναρξη νόσου, πυρετός και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα: βήχα, δύσπνοια) που διαμένει ή επισκέφτηκε τις ακόλουθες περιοχές: Π.Ε. Ηλείας, Π.Ε. Αχαΐας, Π.Ε. Ζακύνθου.

**Πιθανό κρούσμα**

Ύποπτο κρούσμα με αποτέλεσμα εργαστηριακού ελέγχου για τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2:

- Αδιευκρίνιστο, ή
- Θετικό, αλλά με εργαστηριακή μέθοδο που ανιχνεύει γενικά ιούς που ανήκουν στην οικογένεια των κορωνοϊών και όχι ειδικά τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2

## **Επιβεβαιωμένο κρούσμα**

Άτομο με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2, ανεξαρτήτως κλινικών συμπτωμάτων και σημείων.

### **Σημείωση:**

<sup>1</sup>Επικαιροποιημένος κατάλογος του ΕΟΔΥ, διαθέσιμος στο σύνδεσμο:  
<https://eody.gov.gr/sars-cov-2-epireazomenes-perioxes/>

<sup>2</sup> Ως «στενή επαφή» ορίζεται:

- Άτομο με διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή με COVID-19
- Άτομο με άμεση σωματική επαφή με ασθενή με COVID-19 (π.χ. χειραψία)
- Άτομο με απροφύλακτη επαφή με μολυσματικές εκκρίσεις ασθενή με COVID-19
- Άτομο με επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με ασθενή με COVID-19 σε απόσταση <2 μέτρα και για >15 λεπτά
- Παραμονή σε κλειστό χώρο (π.χ. αίθουσα διδασκαλίας ή συσκέψεων, χώρο αναμονής νοσοκομείου, κλπ.) σε απόσταση <2 μέτρα και για >15 λεπτά
- Επαγγελματίας υγείας ή άλλο άτομο που παρείχε φροντίδα υγείας ή εργαζόμενος που χειρίστηκε κλινικό δείγμα ασθενή με COVID-19 χωρίς τη λήψη ή επί αστοχίας των ενδεδειγμένων μέτρων ατομικής προστασίας
- Συνταξιδιώτης στο ίδιο αεροσκάφος, ο οποίος καθόταν εντός απόστασης δύο σειρών θέσεων (προς κάθε κατεύθυνση) από τον ασθενή με COVID-19, άτομα που ταξίδευαν μαζί ή φρόντισαν τον ασθενή, και μέλη του πληρώματος που εξυπηρέτησαν το συγκεκριμένο τμήμα του αεροσκάφους όπου καθόταν ο ασθενής (επί ύπαρξης σοβαρών συμπτωμάτων ή μετακινήσεων του ασθενούς εντός του αεροσκάφους, που ενδέχεται να συνεπάγονται περισσότερο εκτεταμένη έκθεση, οι επιβάτες που κάθονταν στο ίδιο τμήμα του αεροσκάφους ή ακόμη και όλοι οι επιβάτες της πτήσης μπορεί να θεωρηθούν στενές επαφές).

## Χώρες και περιοχές που εμπίπτουν στον ορισμό κρούσματος λοίμωξης COVID του ΕΟΔΥ

10/3/2020

Χώρες/Περιοχές
Κίνα
Χονγκ-Κονγκ
Ιράν
Ιταλία (οποιαδήποτε περιοχή)
Ιαπωνία
Σιγκαπούρη
Νότια Κορέα
Ισραήλ
Αίγυπτος
Τσεχία
Ηνωμένο Βασίλειο
Γαλλία
Γερμανία
Ισπανία
Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (πολιτεία Καλιφόρνιας, πολιτεία Ουάσιγκτον)

Τονίζεται ότι, καθώς η επιδημία εξελίσσεται, ο ορισμός κρούσματος ενδέχεται να τροποποιηθεί.

## ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

- Το προσωπικό ασφαλείας θα επικοινωνεί μέσω του φραγμού (τζάμι) με το κάθε προσερχόμενο περιστατικό, υποχρεούται να φοράει απλή χειρουργική μάσκα.
- Ο υπάλληλος του προσωπικού ασφαλείας χορηγεί άμεσα **απλή χειρουργική μάσκα**, σε κάθε ασθενή που **αναφέρει ότι έχει:**
  - α)** ταξιδέψει σε Κίνα, Νότια Κορέα, Χονγκ–Κονγκ, Σιγκαπούρη, Ιράν, Ιαπωνία, Ιταλία, Ισραήλ, Αίγυπτος, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Γερμανία, Τσεχία ή Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (πολιτεία Καλιφόρνιας, πολιτεία Ουάσιγκτον) τις τελευταίες 14 ημέρες ή επισκέφτηκε τις περιοχές: Π.Ε. Ηλείας, Π.Ε. Αχαΐας, Π.Ε. Ζακύνθου **ή**
  - β)** παρουσιάζει οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού (αιφνίδια έναρξη νόσου, πυρετό και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα: βήχα, δύσπνοια) **ή**
  - γ)** οποιαδήποτε οξεία νόσο του αναπνευστικού ΚΑΙ ιστορικό στενής επαφής με επιβεβαιωμένο ή πιθανό κρούσμα COVID-19 εντός των τελευταίων 14 ημερών πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων.
- Αν το περιστατικό απαντήσει θετικά, θα του χορηγείται απλή χειρουργική μάσκα και θα μεταφέρεται στον οικίσκο.
- Το προσωπικό ασφαλείας ξεκλειδώνει άμεσα τον οικίσκο, ώστε να μεταφερθεί ο ασθενής.
- Ενημερώνει άμεσα την ομάδα διαχείρισης ύποπτου περιστατικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

## ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΙΣΚΟ

- Το προσωπικό που θα διαχειριστεί το ύποπτο/πιθανό κρούσμα πρέπει να φορέσει τον απαραίτητο προστατευτικό εξοπλισμό. Η τοποθέτηση των μέτρων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) θα γίνεται μέσα στο σηπτικό ιατρείο του ΤΕΠ.

**Κατά το χειρισμό του κρούσματος, σε καμία περίπτωση το προσωπικό δεν πρέπει να πιάνει τα μάτια, το στόμα ή τη μύτη του.**

- Ο απαραίτητος προστατευτικός εξοπλισμός ΜΑΠ μιας χρήσεως συνίσταται σε:
  - ✓ Μάσκα FFP2 ή Μάσκα FFP3 (σε χειρισμούς που μπορεί να προκαλέσουν αερόλυμα)
  - ✓ Προστατευτικά γυαλιά ευρέως πεδίου
  - ✓ Καθαρή μη αποστειρωμένη αδιάβροχη ρόμπα με μακριά μανίκια
  - ✓ Γάντια μιας χρήσεως με μακριά μανσέτα
  - ✓ Σκούφο
  - ✓ Ποδονάρια

## ΟΡΘΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΑΠ

Η σωστή εφαρμογή του προστατευτικού εξοπλισμού ΜΑΠ πρέπει να γίνεται με την ακόλουθη σειρά :

- ✓ Υγιεινή χεριών
- ✓ Ποδονάρια (προαιρετικά)



- ✓ Καθαρή μη αποστειρωμένη αδιάβροχη ρόμπα με μακριά μανίκια



- ✓ Μάσκα FFP2 ή Μάσκα FFP3 (υψηλής αναπνευστικής προστασίας). Από τη σωστή εφαρμογή της εξαρτάται η αποτελεσματική προστασία του εργαζομένου. Η μάσκα είναι καλά εφαρμοσμένη όταν κατά την εκπνοή δεν θα υπάρχει διαφυγή αέρα.



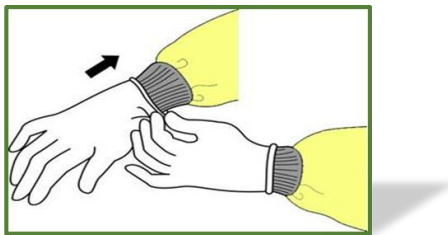
- ✓ Προστατευτικά γυαλιά ευρέως πεδίου ή Ασπίδα προσώπου για Οφθαλμική προστασία ή προστασία προσώπου



- ✓ Σκούφος



- ✓ Γάντια μιας χρήσεως με μακριά μανσέτα



- ✓ Είσοδος στο χώρο εξέτασης

## ΣΕΙΡΑ ΣΩΣΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΜΑΠ

Η σωστή αφαίρεση του προστατευτικού εξοπλισμού ΜΑΠ πρέπει να γίνεται με την ακόλουθη σειρά :

- **Αφαίρεση γαντιών** με προσοχή ώστε η ρυπαρή πλευρά τους να μην έρθει σε επαφή με τα χέρια



✓ **Υγιεινή χεριών**

✓ **Αφαίρεση ρόμπας**, με φορά από μέσα προς τα έξω.



✓ **Αφαίρεση σκούφου**





- ✓ Αφαίρεση γυαλιών ή ασπίδας προσώπου



- ✓ Αφαίρεση της μάσκας, πρώτα το κάτω λάστιχο και στη συνέχεια το επάνω



- ✓ Υγιεινή χεριών

**Ο προστατευτικός εξοπλισμός αφαιρείται στην είσοδο του οικίσκου (χώρος μόνωσης).**

#### ❖ Προσοχή!

Όλα τα απορρίμματα από τον χώρο νοσηλείας ή εξέτασης, αλλά και ο χρησιμοποιημένος προστατευτικός εξοπλισμός απορρίπτεται σε ποδοκίνητο κάδο απορριμμάτων με σκέπασμα, όπου έχει τοποθετηθεί κίτρινος συλλέκτης (EAAM) με το σήμα του βιολογικού κινδύνου.



<b>ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΩΣΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΤΡΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ</b>
---

- Όταν φοράτε τα γάντια, κρατάτε τα χέρια σας μακριά από το πρόσωπό σας.
- Μην αγγίζετε ή τροποποιείτε τον υπόλοιπο προστατευτικό εξοπλισμό.
- Αφαιρέστε τα γάντια αν σχιστούν. Απαιτείται υγιεινή των χεριών πριν φορέσετε άλλα γάντια.
- Περιορίστε την επαφή με αντικείμενα και επιφάνειες.
- Μην φροντίζετε και άλλους ασθενείς με τα ίδια μέτρα (γάντια, ρόμπα κτλ)

### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Ο Ιατρός της ομάδας δράσης καταγράφει τα στοιχεία και λαμβάνει το ιστορικό του ασθενή. Επίσης γίνεται καταγραφή:

1. Ονοματεπώνυμο εξετασθέντα
2. Ημερομηνία Γέννησης
3. Φύλο
4. Χρώμα
5. Εθνικότητα
6. Επάγγελμα
7. Λόγος προσέλευσης
8. Γιατί θεωρεί τον εαυτό του ύποπτο κρούσμα
9. Ημερομηνία και ακριβής ώρα προσέλευσης
10. Όνομα υπαλλήλου που συνομίλησε ο Ιατρός με τον Ε.Ο.Δ.Υ.
11. Οδηγίες από τον Ε.Ο.Δ.Υ.
12. Ώρα και ημερομηνία λήξης συναγεμμού
13. Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού που διαχειρίστηκε το περιστατικό

### **Προηγουμένως έχει ενημερώσει:**

- ✓ Τον Επιμελητή του, ο οποίος ενημερώνει άμεσα τον ΕΟΔΥ.
- ✓ Τη Διοίκηση
- ✓ Την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
- ✓ Τον Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας για τη διακομιδή του περιστατικού στο Κέντρο Αναφοράς (σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ)

### **ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ – ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ**

- Το αναλώσιμο **υλικό** μιας χρήσης που χρησιμοποιήθηκε κατά τον χειρισμό του κρούσματος απορρίπτεται σε **κίτρινη σακούλα**. Ο **ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός απολυμαίνεται με διάλυμα αιθανόλης με συγκέντρωση 70% κατόπιν του καθαρισμού με ουδέτερο απορρυπαντικό**.
- Απαιτείται σχολαστική **καθαριότητα και απολύμανση** όλων των επιφανειών του χώρου με διάλυμα 0.1% υποχλωριώδους νατρίου (αραίωση 1:50 αν χρησιμοποιείται οικιακή χλωρίνη αρχικής συγκέντρωσης 5%) μετά από τον καθαρισμό με ουδέτερο απορρυπαντικό. Το **προσωπικό καθαριότητας** πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο όσον αφορά την εφαρμογή και την απόρριψη προστατευτικού εξοπλισμού και τη σωστή διαδικασία καθαρισμού και απολύμανσης.

<b>ΧΡΗΣΙΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ</b>
-------------------------

- **ΕΟΔΥ : 1135 (ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ) -2105212054**
- **Πύλη: 7764**
- **Οικίσκος:7873**
- **Προϊσταμένη ΤΕΠ: 7029**

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV

▶ 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:
1.4 Εθνικότητα:	1.5 Επάγγελμα:		
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)</b>			
2.1 Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε περιοχή όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα <sup>1</sup> : Ποια περιοχή:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	▶ Αν ναι: → Ημ/νία άφιξης στην περιοχή:	____/____/____ ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ
		→ Ημ/νία αναχώρησης από την περιοχή:	____/____/____ 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 Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας όπου αντιμετωπίζονταν ασθενείς με λοίμωξη από το νέο κοροναϊό 2019-nCoV:	<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, ποιο;		
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"/> Εξέυρωθοι επιπεφυκότες <input type="checkbox"/> Κώμα <input type="checkbox"/> Σπασμοί Άλλο, ποιο;		
3.4 Απεικονιστικά ευρήματα:	<input type="checkbox"/> Παθολογικά ευρήματα από ακτινογραφία θώρακος		
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, ποιο;		
3.6 Επιπλοκές:	<input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Νεφρική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Καρδιαγγειακές <input type="checkbox"/> Πολυοργανική ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Άλλη, ποια;		
<b>4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ</b>			
<input type="checkbox"/> Υποπτο		<input type="checkbox"/> Πιθανό <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο	
<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>			
5.1 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: ____/____/____

<sup>1</sup> Επικαιροποιημένος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov>

**ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ Ή ΆΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

Πληροφορίες για τα εργαστήρια:

Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ 210 64 78 822  
 Β' Εργαστήριο Μικροβιολογίας του Ιατρικού Τμήματος ΑΠΘ 2310 999101/- 169  
 Εργαστήριο Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: 210 7462140 /-133 /-129 /-054

		<b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ</b>	
Μονάδα Υγείας:		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
► Γιατρός (ον/μο):		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
► Τηλ:			
► Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα <input type="checkbox"/> Στοματοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Ορός <input type="checkbox"/> Πτύελα <input type="checkbox"/> Άλλο, τί: ..... <input type="checkbox"/> Υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης .....	ΗΜΕΡΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	____/____/____
► Ημέρ/ια λήψης δείγματος:	____/____/____		
► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ: ►	<input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. <input type="checkbox"/> εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής <input type="checkbox"/> νοσηλεία σε θάλαμο		

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

- Επώνυμο: ..... ► Όνομα: .....  
 ► Ηλικία: ..... ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0")  
 ► Φύλο:  Άνδρας/αγόρι  Γυναίκα/κορίτσι  
 ► Κατοικία: • Νομός: ..... • Πόλη/χωριό: .....

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Ημέρ/ια έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ  ΑΓΝ

Πυρετός  Βήχας  Δύσπνοια  Φαρυγγαλγία  Καταρροή  Καταβολή  Μυαλγίες  Αρθραλγίες  Θωρακαλγία  
 Κεφαλαλγία  Ευερεθιστότητα/σύγχυση  Ναυτία/έμετος  Διάρροια  Κοιλιακό άλγος  Άλλο, ποιο: .....

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Ή ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)**

Στενή επαφή με πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019-nCoV:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Άγνωστο

Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε περιοχή όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση του 2019-nCoV στην κοινότητα<sup>1</sup> ► Αν ναι:  
 ΟΧΙ  ΝΑΙ  Άγνωστο  Ποιά περιοχή: ..... Ημέρ/ια άφιξης στην περιοχή: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ημέρ/ια αναχώρησης από την περιοχή: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας όπου αντιμετωπίζονταν ασθενείς με λοίμωξη από 2019-nCoV:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Άγνωστο

**ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Κύηση (τρίμηνο: ...)  Λοχεία (<8 εβδ)  Νόσημα καρδιαγγειακού  Ανοσοκαταστολή  Νεφρική νόσος  Ηπατική νόσος  
 Σακχ. Διαβήτης  Κακοήθης νόσος  Χρόνια αναπνευστική νόσος  Χρόνια νευρολογική/νευρομυϊκή νόσος  
 Άλλο: .....

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

RT-PCR για 2019-nCoV:  APN  ΘΕΤ  ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ Έλεγχος αντισωμάτων έναντι 2019-nCoV:  APN  ΘΕΤ

Ανίχνευση άλλου παθογόνου αιτίου πνευμονίας της κοινότητας:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παθογόνο: .....

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο:  Μικρ. Εργ. Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ  Β' Εργ. Μικροβιολογίας ΑΠΘ  Εργ. Ε.Κ.Π.Α  Άλλο

<sup>1</sup> Επικρατούμενος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-on-going-community-transmission-2019-ncov>