



ΚΥΠΡΙΑΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ.
Περιστατικού

Όνομα Lab
(που διενήργησε
τον εργαστηριακό
έλεγχο)

Τηλ.
Επικοινωνίας
Lab

Lab No:

ΕΝΤΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ / ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ COVID19

Παρακαλώ όπως το συμπληρωμένο έντυπο αποστέλλεται με τηλεμοιότυπο στη Μονάδα Επιτήρησης και Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Fax: 22771496, Τηλ: 22605659/759)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ			ΕΠΩΝΥΜΟ		
Αρ. Ταυτότητας/ΑΕΑ/Διαβατηρίου:		Εθνικότητα:		Επάγγελμα:	
Ημερ. γέννησης:	Ηλικία (έτη):	Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>		Τηλέφωνο:	
ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ¹	Χώρα:	Επαρχία:		Ταχ. Κώδ.:	
Δήμος/Κοινότητα:			Ενορία:		
Οδός και Αρ.:					

¹ Αν ο ασθενής διαμένει μόνιμα ή έχει πρόθεση να διαμείνει για τουλάχιστο 12 μήνες στην Κύπρο, θεωρείται ότι είναι μόνιμος κάτοικος Κύπρου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ / ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	Πόλη Εργασίας:
Τηλέφωνο:	Ειδικότητα:	Email:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΓΙΑ COVID19

Θετικό Αρνητικό Αδιευκρίνιστο

Ενημερώθηκε ο ασθενής για το αποτέλεσμα: Ναι Όχι

Ημερομηνία Πρώτης Δειγματοληψίας

(Date of first sampling):

Ημερομηνία Αποτελέσματος (από το lab):

(Date of result):

Ημερ. Δήλωσης Περιστατικού στη Μονάδα
Επιδημιολογικής Επιτήρησης ΥΥ

(Date of Reporting):

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τύπος ασθενή:	Εσωτερικός ασθενής (inpatient) <input type="checkbox"/>	Ασθενής Εξωτερικών Ιατρείων (outpatient) <input type="checkbox"/>	Ασθενής Κοινότητας <input type="checkbox"/>
Έχει συμπτώματα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: <input type="text"/>	
Τι συμπτώματα έχει:	Βήχας <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Διάρροιες <input type="checkbox"/> Καταρροή <input type="checkbox"/> Δύσπνοια <input type="checkbox"/> Ανοσμία <input type="checkbox"/>	Άλλα καθορίστε: <input type="text"/>	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Συν-υπάρχοντα νοσήματα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Διαβήτης <input type="checkbox"/> Υπέρταση <input type="checkbox"/> Καρδιακή Νόσος <input type="checkbox"/> Χρόνια Νεφρική Νόσος <input type="checkbox"/> Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια <input type="checkbox"/>	
Χρόνια Ηπατική Νόσος <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Άλλο προσδιορίστε:	<input type="text"/>
Λήψη φαρμάκων:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Προσδιορίστε ποιο φάρμακο/α: <input type="text"/>
*Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (ACE inhibitors) Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	*Αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτασίνης Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Είναι η ασθενής έγκυος: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/>	*Κάπνισμα: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

Σημείωση: *είναι πολύ σημαντικό να συμπληρώνονται τα πεδία αυτά!

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ιστορικό Ταξιδιού: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Χώρα: <input type="text"/>	Ημερομηνία επιστροφής: <input type="text"/>	Στοιχεία πτήσης: <input type="text"/>
Επαφή με επιβεβαιωμένο περιστ.:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ημερομ. τελευταίας επαφής (με επιβεβαιωμένο περιστατικό)	<input type="text"/>
Όνομα επαφής:	<input type="text"/>	Αριθμός περιστατικού/ών επαφής:	<input type="text"/>
Άλλη έκθεση/ cluster:	Ενδονοσοκομειακή <input type="checkbox"/> Καθορίστε:	<input type="text"/>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣΘα μείνει μόνος/η στο σπίτι Θα μείνει σπίτι με άλλους Κρατική Καραντίνα Χρήζει νοσηλείας Εάν είναι σε κρατική καραντίνα: Νοσοκομείο Αμμοχώστου Ξενοδοχείο Σπίτι ΣΕΚ Άλλο καθορίστε: Ημερομηνία που πήγε στην καραντίνα: Εάν είναι νοσηλευόμενος: Σε ποιο νοσηλευτήριο: Ημερομηνία εισαγωγής: Λόγοι νοσηλείας: Περιορισμός Αντιμετώπιση συμπτωμάτων Ο ασθενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ: Ναι Όχι Ημερομηνία μεταφοράς στη ΜΕΘ: Όνομα Νοσοκομείου ΜΕΘ: **ΕΚΒΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Νοσηλευτήριο από το οποίο πήρε εξιτήριο ο ασθενής: Ημερ. εξιτηρίου: Κατάσταση ασθενούς: Ζωντανός Νεκρός Ημερ. Θανάτου: **ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΠΑΦΩΝ ΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Πόσοι άνθρωποι ήρθαν σε επαφή με το κρούσμα 2 μέρες πριν την ΈΝΑΡΞΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (ή του ΤΕΣΤ ΣΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ): Πόσοι άνθρωποι ήρθαν σε ΣΤΕΝΗ* επαφή με το κρούσμα 2 μέρες πριν την ΈΝΑΡΞΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (ή του ΤΕΣΤ ΣΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ):

* Στενές επαφές καθορίζονται:

α. Οι επαφές μικρότερης της απόστασης 2 μέτρων και μεγαλύτερης της χρονικής διάρκειας των 15 λεπτών

β. Οποιαδήποτε σωματική επαφή (πχ χειραψία κ.α.)

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣΔόθηκαν επίσημες οδηγίες: Ναι Όχι Ζητήθηκε άδεια ασθενείας: Ναι Όχι **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ **ΣΧΟΛΙΑ / ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

--

