



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 <sup>1</sup>	Χώρα:	Επαρχία:		Ταχ. Κώδ.:	
Δήμος/Κοινότητα:			Ενορία:		
Οδός και Αρ.:					

<sup>1</sup> 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 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

Θα 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 ποió 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 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Δόθηκαν επίσημες οδηγίες:    Ναι     Όχι     Ζητήθηκε άδεια ασθενείας:    Ναι     Όχι

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

ΟΝΟΜΑ     ΕΠΩΝΥΜΟ

**ΣΧΟΛΙΑ / ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

