ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για τα Λοιμώδη Νοσήματα

e-mail αποστολής: epid@eody.gov.gr

***Καταγραφή ασθενών με συμπτώματα γαστρεντερίτιδας***

|  |  |
| --- | --- |
| **Φορέας:** |  |
| **Ονοματεπώνυμο ιατρού:** | **Τηλέφωνα για επικοινωνία:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Όνομα - Επώνυμο ασθενή** | **Φύλο** | **Ηλικία**(έτη) | **Τόπος κατοικίας** | **Δομή φιλοξενίας** | **Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων** | **Ώρα έναρξης συμπτωμάτων** | **Πυρετός (≥ 38ο)** | **Έμετοι** | **Διάρροιες****(≥ 3 ανά 24ωρο)** | **Σχόλια** | **Τηλέφωνα επικοινωνίας (σταθερό και κινητό)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  ΟΧΙ |  |  |