



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Φ. Τσαλικογλου
Φ. Καλύβα
Ταχ. Δ/ση: Βερανζέρου 50
Ταχ. Κώδ.: 104 38
Τηλέφωνο: 210 5236283
210 5236948
FAX: 210 5233563

7η Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ	
Αριθμ. Πρωτ.	10854
Ημερομηνία	30-10-12
Ενέργεια	Δ/νση Περιφέρειας
Κοινοποίηση	Δ/νση Υγείας

ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 22/10/2012
Αρ. Πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 102793

ΠΡΟΣ:

1. **Όλες τις Υ.ΠΕ. της Χώρας**
Υπόψη κ.κ. Διοικήτων
(Με την υποχρέωση να ενημερωθούν τα Νοσοκομεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας αρμοδιότητάς σας)

2. **Όλες τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις της Χώρας**
Υπόψη:

Α) κ.κ. Περιφερειάρχων (έδρες τους)
Β) Γεν. Δ/σεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)
Γ) Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων (έδρες τους)

3. **Υπουργείο Εσωτερικών**
Γενική Δ/ση Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Δ/ση Οργάνωσης & Λειτουργίας ΟΤΑ
(Με την παράκληση να ενημερωθούν όλοι οι Δήμοι αρμοδιότητάς σας)
Σταδίου 27
10183 Αθήνα

4. **Κεντρική Υπηρεσία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**
Λεωφόρος Κηφισίας 39
Μαρούσι 15123

ΘΕΜΑ: « Αντιφυματικός Εμβολιασμός – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)»

ΣΧΕΤ.:

1. Ο Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87^Α), «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης».
2. Ο Ν.3172/2003 (ΦΕΚ 197^Α), «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις», όπως ισχύει.
3. Ο Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176^Α), «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύει.
4. Ο Ν. 4053/1960 (ΦΕΚ 83^Α), «Περί οργάνωσης του Αντιφυματικού Αγώνος».
5. Τα από 21/9/2012 Πρακτικά της Συνεδρίασης της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών.

6. Η με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ. 4832/30.9.1997 εγκύκλιός μας «Δερμοαντίδραση κατά Mantoux και εμβολιασμός με BCG».

Η φυματίωση είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα σύμφωνα με το σχετικό (4). Η έγκαιρη δήλωση των κρουσμάτων φυματίωσης προς τις Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων και προς το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ είναι ιδιαίτερα σημαντική, και γίνεται εντός εβδομάδας από την διάγνωση είτε από τους κλινικούς είτε από τους εργαστηριακούς γιατρούς με το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης, το οποίο έχει αποσταλεί σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας (επισυνάπτεται).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), επισημαίνοντας τον κίνδυνο της επανεμφάνισης μεγάλου αριθμού κρουσμάτων φυματίωσης (μετανάστες, μετακινούμενοι πληθυσμοί κ.ά.) συσχετιζόμενου συχνά και με τα κρούσματα του AIDS παγκοσμίως, συνιστά την διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών, σε συνδυασμό με την ανεύρεση δεικτών διαμόλυνσης του ευπαθούς πληθυσμού, προκειμένου τα κράτη - μέλη του να αναπροσαρμόσουν τα προγράμματα αντιφυματικού αγώνα συμπεριλαμβάνοντας και τον αντιφυματικό εμβολιασμό (BCG).

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των νόσων του Αναπνευστικού (IUATLD) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (Βιβλιογρ. WHO/WER 2004, 79:25-40), η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού. Κατά συνέπεια ο αντιφυματικός εμβολιασμός BCG θα εξακολουθήσει να γίνεται όπως και τα προηγούμενα χρόνια, δηλ. στην ηλικία των 6 ετών, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στον εμβολιασμό των παιδιών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου όπως:

1. Μετανάστες από χώρες με υψηλό ή μέσο δείκτη ενδημικότητας
2. Αθίγγανοι και άλλες πληθυσμιακές ομάδες που ζουν σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης
3. Παιδιά με Mantoux (-), στην οικογένεια των οποίων υπάρχει άτομο με φυματίωση (θετικά πτύελα)
4. Νεογνά μητέρων που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV (όχι βρέφη που έχουν παρουσιάσει ήδη συμπτωματολογία βρεφικού AIDS)
5. Νεογνά, στο άμεσο περιβάλλον των οποίων, υπάρχει άτομο με φυματίωση (εμβολιάζονται κατά τη γέννηση).

Για όσα παιδιά δεν εμβολιάσθηκαν για διάφορους λόγους στη συνιστώμενη ηλικία ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει μέχρι την ηλικία των 12 ετών. Πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια ο εμβολιασμός να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Επιπλέον, όσοι υγιείς ενήλικες απαιτείται για συγκεκριμένους λόγους να εμβολιασθούν, μπορούν με ασφάλεια να το κάνουν (ο εμβολιασμός με BCG γίνεται ανεξαρτήτου ορίου ηλικίας χωρίς ιατρικές αντενδείξεις), εφόσον προηγηθεί έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Έλεγχος της Mantoux μετά τον εμβολιασμό για πιστοποίηση της θετικοποίησής της δε συνιστάται.

Παράλληλα, συνιστάται μαζικός προληπτικός έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux στις ηλικίες 12-15 μηνών, 4 έως 6 ετών (πριν τον εμβολιασμό με BCG) και στην ηλικία 11 έως 12 ετών στα ανεμβολίαστα παιδιά (όταν γίνεται η εκτίμηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης).

Αναφορικά με τον έλεγχο των **εκπαιδευτικών**, είναι απαραίτητη η ακτινογραφία θώρακος (αν δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη) και η δερμοαντίδραση (mantoux) κατά την

πρόσληψή τους και στη συνέχεια ανά πενταετία. Στην περίπτωση που κατά το μεσοδιάστημα εμφανιστεί επίμονος βήχας, ο οποίος διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, πέραν της κλινικής εξέτασης, πρέπει να γίνεται έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος. Αν υπάρχουν ακτινολογικά ευρήματα, επιβάλλεται περαιτέρω έλεγχος του εκπαιδευτικού και έλεγχος του ευρύτερου κοινωνικού και ιδιαίτερα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ιδιαίτερως τονίζουμε τα κατωτέρω:

Α) Το εμβολιαστικό συνεργείο να είναι ειδικά εκπαιδευμένο ως προς την τεχνική και στην καλή εφαρμογή της, ώστε τόσο η δερμοαντίδραση Μαντoux όσο και ο αντιφυματικός εμβολιασμός (BCG) να διενεργείται καθαρά ενδοδερμικά. **Σε παιδιά άνω του ενός (1) έτους και σε ενήλικες η δόση του εμβολίου είναι 0,1 ml. Σε βρέφη κάτω του ενός (1) έτους η δόση είναι 0,05 ml.**

Β) Να δραστηριοποιηθούν όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας, καθώς και οι Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων, οι Δήμοι, τα Κέντρα Υγείας, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, τα λειτουργούντα Αντιφυματικά Κέντρα, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα, οι Ασφαλιστικοί Φορείς κ.ά. προς την κατεύθυνση της έγκαιρης ανίχνευσης της φυματίωσης (κυρίως στις ομάδες αυξημένου κινδύνου που αναφέρθηκαν, καθώς και στο προσωπικό υγειονομικών, εκπαιδευτικών και άλλων φορέων που μπορεί να είναι πηγές διασποράς της νόσου).

Γ) Τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας να διενεργούν τον αντιφυματικό εμβολιασμό σε όλα τα παιδιά (ανεξαρτέτως ασφαλιστικής κάλυψης ή μη), αφού βεβαίως προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Μαντoux.

Δ) Οι Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων υποχρεούνται να εφοδιάζουν δωρεάν με τις απαραίτητες ποσότητες φυματίνης και BCG που έχουν προμηθευτεί από το Υπουργείο Υγείας, όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα που συμμετέχουν στη διενέργεια του αντιφυματικού εμβολιασμού, εκτός των ασκούντων ελεύθερο επάγγελμα παιδιάρων, οι οποίοι μπορούν να προμηθεύονται τη φυματίνη καθώς και το εμβόλιο BCG από το Ινστιτούτο Παστέρ. Το αποτέλεσμα της δερμοαντίδρασης κατά Μαντoux καθώς και ο εμβολιασμός να εγγράφεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού.

Ε) Όλα τα εμβολιαστικά συνεργεία, αναλόγως των ευρημάτων, ενημερώνουν αρμοδίως τους ενδιαφερόμενους για περαιτέρω ενέργειες, εφόσον κρίνονται αναγκαίες.

ΣΤ) Να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό αντιφυματικού εμβολιασμού των μαθητών της Α' Δημοτικού όλων των Σχολείων της χώρας (Δημόσιων και Ιδιωτικών).

Επισημαίνεται ότι, ο **συντονισμός** του αντιφυματικού αγώνα και η **προσυνεννόηση με τους εμπλεκόμενους φορείς θα γίνεται από τη Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας της εκάστοτε Περιφέρειας.**

Για να αλλάξει η πολιτική του αντιφυματικού εμβολιασμού σε μια χώρα, πρέπει απαραίτητα να υφίσταται αξιόπιστο εθνικό σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης και ελέγχου της νόσου. Επειδή η καταγραφή των κρουσμάτων είναι το πρώτο και σημαντικό βήμα για τον έλεγχο της φυματίωσης, παρακαλούμε όπως φροντίσετε για την δήλωση των κρουσμάτων της νόσου από τα νοσοκομεία και τις άλλες υγειονομικές Υπηρεσίες που υπάγονται στην αρμοδιότητά σας. Ειδικότερα, τα Γραφεία Κίνησης Ασθενών των νοσοκομείων, πριν να χορηγήσουν το εξιτήριο σε ασθενή με διάγνωση «Φυματίωση», να ελέγχουν ότι έχει σταλεί προηγουμένως η Δήλωση του κρούσματος στο ΚΕΕΛΠΝΟ και στην Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της αρμόδιας Περιφερειακής Ενότητας.

Στο πλαίσιο αυτό ο **Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας:**

ο Καταγράφει τους εμπλεκόμενους φορείς που δραστηριοποιούνται στον «Αντιφυματικό Αγώνα» (Νοσοκομεία, Αντιφυματικά Ιατρεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και Φορείς

Κοινωνικής Φροντίδας, Δημοτικά Ιατρεία, κ.λ.π.). Οι εν λόγω Φορείς θέτουν στη διάθεσή του όλα τα μέσα και την υλικοτεχνική υποδομή που διαθέτουν και είναι αναγκαία για την εφαρμογή του Προγράμματος.

- ο Προσδιορίζει τους πληθυσμούς στόχους του Προγράμματος (μαθητές, εκπαιδευτικούς, ή άλλους εργαζόμενους σε σχολεία, πληθυσμούς αθιγγάνων, κλειστούς πληθυσμούς ή ομάδες εργαζομένων που μπορεί να είναι πηγές διασποράς της νόσου)
- ο Σε συνέχεια των ανωτέρω ενεργειών εκπονεί ετήσιο αναλυτικό Πρόγραμμα ανά Περιφέρεια εξειδικεύοντάς το ανά Περιφερειακή Ενότητα.
- ο Συγκροτεί ειδικά συνεργεία ανά Περιφερειακή Ενότητα αποτελούμενα από Παιδιάτρους, Παθολόγους, Πνευμονολόγους ή Γενικούς Ιατρούς (ανάλογα τον πληθυσμό στόχο), Επισκέπτες Υγείας και Νοσηλευτές. Για το σκοπό αυτό συνεργάζεται με τον Διοικητή της αντίστοιχης Υ.Π.Ε. καθώς και με τις υπόλοιπες υφιστάμενες κρατικές, υγειονομικές δομές κάθε Περιφερειακής Ενότητας που μπορούν να συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα.
- ο Εποπτεύει την εφαρμογή της Εγκυκλίου και του Προγράμματος και ιδιαίτερος μεριμνά για την κάλυψη όλων των πληθυσμών στόχων.
- ο Παρεμβαίνει άμεσα και επιλύει τυχόν προβλήματα και δυσλειτουργίες που ανακύπτουν.
- ο Στο τέλος του Προγράμματος αποστέλλει στη Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας συνολική ετήσια έκθεση με αναλυτικά όλα τα πεπραγμένα του Προγράμματος (ποιοι συμμετείχαν και από ποιο Φορέα, επίτευξη των στόχων του Προγράμματος, προβλήματα ή δυσλειτουργίες που παρατηρήθηκαν, ποιες ομάδες πληθυσμού καλύφθηκαν, ο αριθμός ατόμων που εξετάσθηκε ή/και εμβολιάσθηκε, ποιες ομάδες πληθυσμού και ο αριθμός των ατόμων που δεν καλύφθηκαν και γιατί) καθώς και τους συνημμένους πίνακες κατάλληλα συμπληρωμένους (εάν είναι δυνατόν να μας αποσταλούν και με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σε πίνακα "excel"). Πέραν της ετήσιας συνολικής έκθεσης θα πρέπει να αποστέλλει και ανάλογες τριμηνιαίες εκθέσεις και συνημμένους – συμπληρωμένους τους σχετικούς πίνακες στη Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα:

Το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης (σελίδα μία)
Πίνακες (3) για την αποστολή στοιχείων σχετικά με τη δράση (σελίδες τρεις)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Γραφείο Υπουργού
Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
Γραφείο Υφυπουργού
Γραφεία Γεν. Γραμματέων
Γραφεία Γενικών Δ/ντών
Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής (3)

Η ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ



Αγ. Αθανάσιος Παπαδόπουλος Φ. ΣΚΟΠΟΥΛΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (με τα συνημμένα)

1. Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Άθλησης

Τμήμα Αγωγής Υγείας

Ανδρέα Παπανδρέου 37, 15180 - Μαρούσι

2. Δ/νση Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ

Στρατόπεδο Παπάγου – Χολαργός

3. Δ/νση Υγειονομικού Ελληνικής Αστυνομίας

Πειραιώς 153, 118 54 Αθήνα

4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Πλουτάρχου 3, 10675 - Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

5. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

Πειραιώς 134, 118 54 - Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

6. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

Νικηταρά 8-10, 10678 - Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

7. Ε.Σ.Δ.Υ

α) Έδρα Δημόσιας Υγιεινής

β) Έδρα Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας

Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 11521 - Αθήνα

8. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Αγράφων 3-5, 15121 - Μαρούσι

9. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Γρ. Προέδρου

Δ/νση Κοινωνικής Παιδιατρικής

Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

115 27 - Αθήνα

10. Κ.Ε.Δ.Υ

Αλ. Φλέμιγκ 34, 16672 - Βάρη

11. Καθ. κ. Α. Κωνσταντόπουλο

Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών

(με την παράκληση να ενημερώσει όλα τα μέλη της

Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών και όλα τα μέλη της

Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρίας)

Καθηγητή Παιδιατρικής

Κηφισίας 18, 115 26 - Αθήνα

ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

είδος ειδικού πληθυσμού και στοιχεία διαμονής	συνολικός αριθμός ατόμων του ειδικού πληθυσμού	αν προηγήθηκ ε ενημέρωση και με ποιο τρόπο (γραπτή- προφορική)	αριθμός ατόμων που αρνήθηκαν τον εμβολιασμό ό	αριθμός ατόμων πληθυσμού που συμμετείχα ν στη δράση	αριθμός ατόμων στα οποία έγινε Μαντου x	Αποτέλεσμα Μαντουχ (Διάμετρος 0- 5 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσμα Μαντουχ (Διάμετρος 6- 9 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	Αποτέλεσι α Μαντουχ (Διάμετρος σκληρίας ≥10 mm) με βάση τη χώρα γέννησης (Ελλάδα - άλλη χώρα)	φορέας που παρατέθηκαν τα άτομα με θετικές Μαντουχ	αρ ατόμων που εμβολιάσθηκαν

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
ΔΙΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα: _____

NOM

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 Επώνυμο: _____

► Όνομα: _____

1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____

Η Ηλικία: ____

ετών μηνών ημερών

1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ
ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)

(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: _____

► Πόλη/χωριό: _____

Στοιχεία για
επικοινωνία: ► Δ/νση: _____

► 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 → Ποιό/ά: _____

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα: _____

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Ταξιδιώτης ☐ Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑ-
ΝΑΣΤΗΣ: ►

Σε Ελλάδα

από (έτος): ____/____/____

2.5 Έχει γίνει
BCG; ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → Πότε (έτος): ____/____/____

► Έχει ουλή
από BCG; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛΠΝΟ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ ☐ Βέβαιο

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____

Κατάταξη
κρούσματος: ☐ Μη βέβαιο

3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Αμφίβολο ☐ ΑΓΝ

3.3 Α/α θώρακος: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ → Α) Έκταση: ☐ Περιορισμένη ☐ Εκτεταμένη Β) Σπλήναιο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

3.4 Εντόπιση νόσου: ☐ Πνευμονική ☐ Εξωπνευμονική → Πού εντοπίζεται;

☐ Πλευρίδα ☐ Άλλη
☐ Διάσπαρτη εντόπιση:
☐ Πεπτικό
☐ Ουρογεννητικό

☐ Αδενική ενδοθωρακική ☐ ΚΝΣ: μήνιγγες ☐ Οστά-αρθρώσεις: ΣΣ
☐ Αδενική εξωθωρακική ☐ ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων ☐ Οστά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ

3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή; ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → Τι: _____

3.6 Προηγούμενη
θεραπεία; ☐ ΟΧΙ (πρώτη
διάγνωση) ☐ ΝΑΙ (προηγούμενη
θεραπεία) → Έκβαση: ☐ Υποτροπή ☐ Διακοπή
αγωγής ☐ Αποτυχία
αγωγής

3.7 Θεραπευτική αγωγή: ☐ ΙΝΗ ☐ RIF ☐ ΕΤΗ ☐ PYR ☐ STR ☐ Άλλα: _____

3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: _____ μήνες

3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής: ____/____/____

3.10 Έκβαση: ☐ Ολοκλήρωση αγωγής ☐ Σε αγωγή ☐ Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

► Ο/η θεράπων ιατρός: _____

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: _____

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Δεν έγινε

4.2 Δόθηκε καλλιέργεια; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Εργαστήριο: _____ ► Υλικό: _____

4.3 Καλλιέργεια: ☐ ΑΡΝ ☐ ΘΕΤ ☐ Ανα-
μένεται

4.4 Άλλα διαγνω-
στικά ευρήματα: _____

4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου: _____

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____