

## ΕΝΤΥΠΟ 1

Ημερομηνία Δήλωσης: ...../...../.....

Δηλούμενο Νόσημα:.....

Το νόσημα δηλώνεται ως: Υποπτο Πιθανό Επιβεβαιωμένο

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ...../...../..... Ημερομηνία διάγνωσης: ...../...../.....

## Στοιχεία ασθενούς

Επώνυμο:..... Όνομα:..... Τηλ: .....

Ον. Πατέρα/Μητέρας: ..... Αρ Ταυτότητας\*.....

Ημερομηνία γέννησης ...../...../..... Ηλικία: ..... Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

Επαρχία:..... Πόλη/χωριό:.....

Οδός:..... Αριθμός: .....

Υπηκοότητα:..... ..Εθνικότητα/ Χώρα προέλευσης.....

## Σε περίπτωση που δεν διαμένει μόνιμα στην Κύπρο

- Αλλοδαπός Εργαζόμενος  Μετανάστης  Επαναπατριζόμενος
- Επισκέπτης  Μετακινούμενες πληθυσμιακές ομάδες  Φοιτητής
- Πολιτικός Πρόσφυγας  Κάτοικος Βρετανικών Βάσεων
- Ημ/νία εισόδου στην Κύπρο: ...../...../.....

## Παράγοντες κινδύνου/ Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό:
- Χώρα: ..... Ημερομηνία επιστροφής στην Κύπρο: ...../...../.....
- Σύνδεση με άλλο κρούσμα ή έξαρση κρουσμάτων
- Προσδιόρισε.....
- Ανοσοανεπάρκεια ή ανοσοκαταστολή
- Προσδιόρισε.....
- Κατάσταση εμβολιασμού για το συγκεκριμένο νόσημα:
- Πλήρης  Μερικός  Καθόλου
- Άλλοι. Προσδιόρισε.....

## Σε περίπτωση εισαγωγής σε Νοσοκομείο/Κλινική

Όνομα Νοσοκομείου/ Κλινικής:..... Ημ/νία Εισαγωγής:...../...../.....

Πορεία / Έκβαση νόσου:  Εξελισσόμενη πορεία  Ιαση  Θάνατος

Μόνιμες βλάβες

Γενικά σχόλια:.....

Ον/επώνυμο ιατρού:..... Τηλέφωνο:.....

Κρατικό Νοσοκομείο  Αστικό / Αγροτικό Υ.Κ.

Ιδιωτικό ιατρείο / Κλινική/ Νοσοκομείο

Υπογραφή.....