

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
 Προδρόμου 1 1449, Λευκωσία  
 Τηλ: 22605678 Fax: 22771496 Email: cycomnet.cytanet.com.cy

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Κωδικός Δήλωσης:.....

Επώνυμο ασθενούς:..... Όνομα:.....

Ον.Πατρός:..... Τηλ:..... Ημ/νία διάγνωσης:...../...../.....

Επαρχία/Πόλη/Χωριό:..... Τ.Κ.:.....

Οδός/αριθμός :...../.....

Ηλικία:..... Φύλο:  Άντρας  Γυναίκα Επάγγελμα:.....

Δ/ση Εργασίας/Σχολείου/Νηπιαγωγείου:..... Τηλ:.....

Εθνικότητα:.....  Αλλοδαπός Εργαζόμενος  Μετανάστης Επαναπατριζόμενος  Επισκέπτης Μετακινούμενες πληθυσμιακές ομάδες

Πόσα άτομα μένουν στο ίδιο σπίτι:..... Αρ. υπνοδωματίων:.....

Άτομα που συγκατοικούν πλην της οικογενείας, προσδιορίστε:

Αριθμός ατόμων που βρίσκονται στον ίδιο εργασιακό χώρο: .....

Υπάρχει κάποιος στο συγγενικό, φιλικό ή εργασιακό περιβάλλον που να έχει ιστορικό φυματίωσης ή συμπτώματα συμβατά με φυματίωση:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, προσδιορίστε:.....

Πότε άρχισαν τα συμπτώματα του συγγενικού, φιλικού ή άλλου προσώπου: ...../...../.....

Παίρνει ο ασθενής θεραπεία:  ΝΑΙ  ΟΧΙΑν ΝΑΙ προσδιόρισε ποια φάρμακα:  Ισονιαζίδη  Ριφαμπικίνη Πυραζιναμίδη  Εθαμβουτόλη Άλλο Προσδιορίστε:.....

Για πόσο χρόνο προβλέπεται να πάρει θεραπεία: .....μήνες

Κατά την κρίση σας είναι άτομο το οποίο πρόκειται να συμμορφωθεί στη θεραπεία:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ον/ επώνυμο υπεύθυνου συμπλήρωσης του Δελτίου: .....

Τηλ:..... Ημ/νία: ...../...../..... Υπογραφή:.....