



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα : Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης
Γραφείο : Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό
& Συγγενών Νοσημάτων
Πληροφορίες : Θ. Γεωργακοπούλου, Α. Βερναρδάκη, Π. Κατσαούνος
Διεύθυνση : Αγράφων 3-5, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας : 151 23
Τηλέφωνο : 210-8899005, 210-8899006, 210-8899104
FAX : 210-8899103

Αθήνα,/...../2015

Αρ. Πρωτ. :

ΠΡΟΣ:

- τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- την Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία
- τους Ιατρικούς Συλλόγους
(όπως Πίνακας Αποδεκτών) (με την παράκληση της αποστολής του εγγράφου στα μέλη τους)

ΘΕΜΑ: «Ενημέρωση Ιατρών για την αναγκαιότητα της ενίσχυσης της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ιλαράς και της ερυθράς»

Αξιότιμοι κ.κ. συνάδελφοι,

Το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) έχει ως κύρια ευθύνη την επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων στην Ελλάδα (νόμος 3204, ΦΕΚ 296/2003, άρθρο 44).

Τα νοσήματα της ιλαράς και της ερυθράς καθώς και το σύνδρομο συγγενούς ερυθράς επιτηρούνται στη χώρα μας κυρίως μέσω (α) του Συστήματος Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΣΥΔΝ) και (β) του Δικτύου Παρατηρητών Νοσηρότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Η ιλαρά είναι εξαιρετικά μεταδοτική νόσος με χρόνο επώασης 7-21 ημέρες και ένα άτομο που νοσεί από ιλαρά μπορεί να την μεταδώσει σε 12-18 επίνοσα άτομα. Η τελευταία επιδημία ιλαράς καταγράφηκε στη χώρα μας τα έτη 2010 και 2011 με 149 και 40 κρούσματα αντίστοιχα.

Ο ιός της ιλαράς εξακολουθεί να κυκλοφορεί σε χώρες της Ευρώπης. Πρόσφατα το ECDC εξέδωσε εκτίμηση κινδύνου σχετικά με επιδημία ιλαράς στη γειτονική μας Σλοβενία το Νοέμβριο 2014, ενώ επιπλέον κρούσματα καταγράφηκαν στην γειτονική μας Κροατία το Δεκέμβριο 2014.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έθεσε ως στόχο την εκρίζωση της ιλαράς, της ερυθράς και του συνδρόμου συγγενούς ερυθράς ως το 2020 εκπονώντας ένα στρατηγικό σχέδιο, το οποίο έχει ως όραμα την επίτευξη και διατήρηση ενός κόσμου χωρίς ιλαρά, ερυθρά και σύνδρομο συγγενούς ερυθράς. Στόχοι του παγκόσμιου στρατηγικού σχεδίου είναι :

- Η παγκόσμια μείωση της θνησιμότητας από τα προαναφερθέντα νοσήματα κατά τουλάχιστον 95% σε σύγκριση με το έτος 2000 (έως το τέλος του 2015)
- Η επίτευξη της εξάλειψης της ιλαράς και της ερυθράς / CRS σε περιφερειακό επίπεδο (έως το τέλος του 2015) και σε παγκόσμιο επίπεδο σε τουλάχιστον 5 περιοχές του ΠΟΥ. (έως το τέλος του 2020)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Α.Μ.Τ.Σ.Α.Υ.....

| | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|-----|
| ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ : | Τ.Σ.Α.Υ. ΤΜΗΜΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ | | | | |
| Ο - Η Όνομα: | | | Επώνυμο: | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ : | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | Τηλ: | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | Οδός: | | Αριθ: | ΤΚ: |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: ο (η) είναι άγαμ.....
Ανεργ..... και ανασφαλιστ..... και σε περίπτωση μεταβολής θα σας ενημερώσω

Ημερομηνία:20.....

Ο - Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση

(2) Αναγράφεται ολογραφώς.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με το άρθρο 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι τριών ετών»

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ8
ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| Ν Ο Σ Η Μ Α | | | |
| <input type="checkbox"/> Ιλαρά | <input type="checkbox"/> Ερυθρά | <input type="checkbox"/> Παρωτίτιδα | <input type="checkbox"/> Ανεμευλογία με επιπλοκές |
| Α Σ Θ Ε Ν Η Σ | | | |
| 1.1 Επώνυμο: | | ► Όνομα: | |
| 1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____ | | Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών | |
| 1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ | | (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ) | |
| 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: | | ► Πόλη/χωριό: | |
| Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: | | ► Τηλ.: | |
| Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ Κ Α Ι Π Ρ Ο Φ Υ Λ Α Ξ Η Σ | | | |
| 2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Σχέση: |
| 2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Ποιό/ά: |
| 2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Ποιά: |
| 2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Χώρα: |
| ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο | | | |
| 2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου) | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Πού-πότε: |
| 2.6 Εμβολιασμός με MMR; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων: |
| 2.7 Μονοδύναμο εμβόλιο; (για νόσημα που δηλώνεται) | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: ____/____/____ → Αριθ. δόσεων: |
| Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α | | | |
| 3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ | | ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο | |
| 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; | | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο |
| ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: | | → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____ | |
| 3.3 Ειδική κατάσταση: | | <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογία) | |
| 3.4 Κύριες εκδηλώσεις: | | | |
| 3.5 Επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία <input type="checkbox"/> Από ΚΝΣ → | | | |
| <input type="checkbox"/> Άλλη → | | | |
| 3.6 Έκβαση: | | <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος | → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____ |
| ► Ο/η θεράπων ιατρός: | | Υπογραφή (& σφραγίδα): | |
| ► Τηλέφωνα για συνεννόηση: | | | |
| Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α | | | |
| 4.1 Ορολογική εξέταση: IgG: | | <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> 4πλασιασμός τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται | |
| IgM: | | <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται | 4.2 <input type="checkbox"/> IgM (+) στο σάλιο |
| 4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: | | Υπογραφή (& σφραγίδα): | |
| ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: | | | |