



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Αθήνα 31/1/2020

ΑΠ: 4437

Προς τους  
Πρόεδρους των  
Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας &  
τις Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Σας αποστέλλουμε παραπεμπτικό το οποίο θα πρέπει να χρησιμοποιούν οι ιατροί, που θα χρειαστεί να παραπέμψουν ασθενείς με συμπτώματα ύποπτα λοίμωξης από κορωναϊό, με τη παράκληση να ενημερώσετε τα μέλη σας.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος

Ο Γεν. Γραμματέας

Δρ. Αθανάσιος Α. Εξαδάκτυλος  
Πλαστικός Χειρουργός

Δρ. Γεώργιος Ι. Ελευθερίου  
Αγγειοχειρουργός

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)**

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660 - 662, FAX: 210 7258663  
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS  
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΠΟΠΤΟΥ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΑΪΟ (2019-nCoV)**

**Παρακαλώ όπως το συμπληρωμένο έντυπο που συνοδεύει το δείγμα προς εργαστηριακή διερεύνηση αποστέλλεται και στη Μονάδα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>	
Επώνυμο: .....	► Όνομα: .....
Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών <small>(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)</small>
Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	<small>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small>
Τόπος κατοικίας: ► Νομός: .....	► Πόλη/χωριό: .....
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: .....	► Τηλ.: .....
Κάτοικος Ελλάδος: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>	
Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση: .....
Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιός/άι: .....
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 →	
Ταξίδεψε πρόσφατα στην Κίνα πόλη Wuhan, επαρχία Hubei; (κατά τις 2 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε: .....
Ημερομηνία αναχώρησης από την πόλη Wuhan / /	Ημερομηνία άφιξης στην Ελλάδα
Αν ναι είναι ο ασθενής κάτοικος της πόλης Wuhan;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ
Έρθει σε επαφή με άτομο υπό διερεύνηση για 2019-nCoV λοίμωξη ενόσω το άτομο αυτό ήταν ασυμπτωματικό;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ
Έρθει σε επαφή με άτομο με επιβεβαιωμένη 2019-nCoV λοίμωξη ενόσω το άτομο αυτό ήταν συμπτωματικό;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ
Είναι ο ασθενής επαγγελματίας υγείας;	
Έχει ο ασθενής έρθει σε επαφή με χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας στην πόλη Wuhan (ως επαγγελματίας υγείας, επισκέπτης ή ασθενής);	
5 Εμβολιασμός για γρίπη; (κατά την τρέχουσα περίοδο)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημ/νία εμβολιασμού: ____/____/____

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)**

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660 - 662, FAX: 210 7258663  
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS  
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfor@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr





Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ή ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	____/____/____	<u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u>	<input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος:	<input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....		→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: Πυρετός <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Ρινική καταρροή <input type="checkbox"/> Δύσπνοια <input type="checkbox"/> Άλλες εκδηλώσεις που να σχετίζονται πιθανώς με την λοίμωξη 2019-nCoV			
Συνυπάρχοντα νοσήματα: Κανένα <input type="checkbox"/> Σ.Δ. <input type="checkbox"/> Αρτ. Υπέρταση <input type="checkbox"/> Καρδιακή νόσος <input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος <input type="checkbox"/> Χ.Α.Π. <input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος <input type="checkbox"/> Ανοσοκατ. <input type="checkbox"/>			
Άλλο, προσδιορίστε			
3.4 Επιδείνωση υποκείμενου νοσήματος;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι; .....		
3.5 Άλλες επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) <input type="checkbox"/> Πνευμονία από ιό γρίπης (πρωτοπαθής)			
<input type="checkbox"/> Εγκεφαλοπάθεια <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: .....			
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>			
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος:	► Υλικό: .....	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.2 Έλεγχος αντιγόνου:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....	
4.3 Έλεγχος αντισωμάτων:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....	
4.4 Ανίχνευση RNA του ιού:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε	► Μέθοδος: .....	
4.5 Τύπος/υπότυπος ιού: .....	4.6 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Υπογραφή (& σφραγίδα):	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....			

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)**

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660 - 662, FAX: 210 7258663  
 PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS  
 www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr