



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 19
Ταχ. Κώδικας: 10187
Τηλέφωνο: 2132161324, -1325, -1720
e-mail: ddy@moh.gov.gr

Αθήνα, 21.01.2025
Α.Π.: Δ1α/Γ.Π.οικ.3314

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΘΕΜΑ: «Οδηγίες σχετικά με τη γρίπη των πτηνών Α (H5N1)»

Σχετικά:

1. Το π.δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α' 148).
2. Την υπ' αριθμ. Υ14/09-07-2023 Απόφαση «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στην Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας, Ειρήνη Αγαπηδάκη» (ΦΕΚ Β' 4435).
3. Η υπ' αριθ. πρωτ. 40345 Απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση καθηκόντων Γενικής Γραμματέως Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας», (ΦΕΚ 722, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ./25-7-2023).
4. Το με αρ. πρωτ. 21352/02.11.2024 έγγραφο της Διεύθυνσης Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα του ΕΟΔΥ με θέμα «Οδηγίες προς τις Δ/σεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας σχετικά με τη γρίπη των πτηνών».

Η γρίπη των πτηνών είναι μια ιογενής λοίμωξη που μεταδίδεται κυρίως μεταξύ πτηνών αλλά μπορεί να μολύνει και ανθρώπους, ειδικά όσους βρίσκονται σε άμεση ή παρατεταμένη επαφή με προσβεβλημένα πτηνά ή ζώα. Οι υγειονομικές αρχές οφείλουν να είναι επαρκώς ενημερωμένες και έτοιμες να ανταποκριθούν σε περίπτωση που η νόσος εμφανιστεί σε πτηνά, ζώα ή ανθρώπους καθώς είναι υπαρκτός ο κίνδυνος ανάδυσης στελεχών του ιού με πανδημικό δυναμικό. Η έγκαιρη αναγνώριση των κρουσμάτων και οι δράσεις παρέμβασης είναι ζωτικής σημασίας καθώς μπορούν να προστατέψουν από την μετάδοση ιού στον

πληθυσμό. Αρκετοί διαφορετικοί υπότυποι του ιού της γρίπης των πτηνών έχουν ανιχνευθεί διαχρονικά ωστόσο ο Α(H5N1) είναι ο υπότυπος που επικρατεί στην Ευρώπη και παγκοσμίως κατά τα τελευταία έτη. Στο παρόν έγγραφο κάθε αναφορά στη γρίπη Α(H5N1) περιλαμβάνει και οποιοδήποτε άλλο υπότυπο γρίπης τύπου Α που μπορεί να προσβάλει τον άνθρωπο και προέρχεται από πτηνά ή ζώα.

Σε περίπτωση επιβεβαιωμένου κρούσματος γρίπης Α(H5N1) σε πτηνά, ζώα ή άνθρωπο στην Περιφερειακή Ενότητα (Π.Ε.) αρμοδιότητάς τους, οι Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (ΔΔΥΚΜ) θα πρέπει να πραγματοποιήσουν καταγραφή και παρακολούθηση ατόμων με έκθεση στον ιό Α(H5N1), επιδημιολογική διερεύνηση του αγωγού μετάδοσης σε κρούσματα Α(H5N1) χωρίς γνωστό ιστορικό έκθεσης και να συμβάλουν στην ενημέρωση και αγωγή υγείας του πληθυσμού περιοχών με κρούσματα Α(H5N1) σε πτηνά, ζώα ή ανθρώπους. Οι απαραίτητες ενέργειες περιγράφονται στις ακόλουθες ενότητες Α, Β και Γ.

A. Καταγραφή και παρακολούθηση ατόμων με έκθεση στον ιό Α(H5N1)

Οι άνθρωποι που εκτέθηκαν σε μολυσμένα πτηνά ή ζώα ή σε επιβεβαιωμένο ανθρώπινο κρούσμα με γρίπη Α(H5N1) θα αποκαλούνται εν συντομία «επαφές». Η καταγραφή και παρακολούθηση των επαφών περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες (1-5):

1α. Τα άτομα που εκτέθηκαν (επαφές) σε πτηνά ή ζώα με επιβεβαιωμένη γρίπη Α(H5N1) συμπεριλαμβανομένου του επιμολυσμένου περιβάλλοντος στο οποίο παρέμεναν αυτά τα πτηνά ή ζώα θα πρέπει να εντοπισθούν και να καταγραφούν άμεσα και με ακρίβεια.

Το διάστημα μολυσματικότητας των πτηνών, ζώων ή του χώρου εκτροφής τους ορίζεται από 14 μέρες πριν την εντόπιση των μολυσμένων πτηνών ή ζώων μέχρι την ολοκλήρωση των κτηνιατρικών διαδικασιών εξουδετέρωσης της εστίας και της απολύμανσης του χώρου.

Η συνεργασία της ΔΔΥΚΜ με την οικεία Δ/ση Κτηνιατρικής είναι απαραίτητη για την κατάδειξη των μολυσμένων πτηνών ή ζώων και των επιμολυσμένων χώρων για την ορθή αποτύπωση των επαφών.

Η **έκθεση** σε μολυσμένα πτηνά ή ζώα ορίζεται ως εξής:

- Άμεση επαφή ή η απλή προσέγγιση σε απόσταση ίση ή μικρότερη του ενός (1) μέτρου από ζωντανά ή νεκρά πτηνά ή ζώα με γρίπη Α(Η5Ν1).
- Συμμετοχή με φυσική εργασία στον καθαρισμό/απολύμανση του χώρου ή των εγκαταστάσεων που εντοπίστηκαν ή εκτρέφονταν μολυσμένα με γρίπη Α(Η5Ν1) πτηνά ή ζώα.
- Επίσκεψη ή παραμονή σε σπίτι, αγρόκτημα, εκμετάλλευση ή εκτροφή όπου εντοπίστηκαν πτηνά ή ζώα με γρίπη Α(Η5Ν1).

Σημειώνεται ότι για τους σκοπούς του παρόντος, οι ζωολογικοί κήποι εμπίπτουν στην κατηγορία της εκτροφής ζώων/πτηνών.

Για τη διευκόλυνση της συστηματικής καταγραφής των επαφών με μολυσμένα πτηνά ή ζώα, η αρμόδια ΔΔΥΜΚ θα πρέπει να συμπληρώσει και να αποστείλει στον ΕΟΔΥ το **ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΤΗΝΑ Ή ΖΩΑ ΜΕ ΓΡΙΠΗ Α(Η5Ν1)** το οποίο επισυνάπτεται (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**).

Το ως άνω δελτίο αποστέλλεται στη Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης για τα Λοιμώδη Νοσήματα του ΕΟΔΥ στην αρχή της παρακολούθησης και εκ νέου μετά τη συμπλήρωση διαστήματος δέκα (10) ημερών από την τελευταία έκθεση.

1β. Τα άτομα που εκτέθηκαν (επαφές) σε άνθρωπο που αποτελεί επιβεβαιωμένο κρούσμα γρίπης Α(Η5Ν1) θα πρέπει να καταγράφουν άμεσα και με ακρίβεια. Ως επαφές θεωρούνται τα άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με το κρούσμα κατά το διάστημα που το κρούσμα ήταν μεταδοτικό. Ως στενή επαφή ορίζεται η άμεση επαφή, η απλή προσέγγιση σε απόσταση έως και ένα (1) μέτρο, η απροστάτευτη έκθεση σε αναπνευστικές εκκρίσεις ή σωματικά υγρά του κρούσματος και η απροστάτευτη επαφή με επιμολυσμένα αντικείμενα ή επιφάνειες.

Το διάστημα μεταδοτικότητας του κρούσματος είναι από 10 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων έως και μία εβδομάδα μετά την παύση του πυρετού και την πλήρη ή σε

σημαντικό βαθμό υποχώρηση των συμπτωμάτων και την αρνητικοποίηση της μοριακής εξέτασης για λοιμογόνο ιό Α(H5N1). Εναλλακτικά, το κρούσμα μπορεί να θεωρηθεί μη μεταδοτικό μετά την παύση του πυρετού και την πλήρη ή σε σημαντικό βαθμό υποχώρηση των συμπτωμάτων και 2 συνεχόμενες -με διαφορά τουλάχιστον 24ώρου- μοριακές εξετάσεις με αρνητικό αποτέλεσμα για λοιμογόνο ιό Α(H5N1). Σημειώνεται ότι η μετάδοση του ιού είναι πολύ πιθανότερη κατά το διάστημα που το κρούσμα είναι συμπτωματικό ωστόσο δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για να αποκλείσουν την απέκκριση του ιού από τον ασθενή και κατά τις 10 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων (περίοδος επώασης). Η βιωσιμότητα του ιού σε επιφάνειες ή αντικείμενα μειώνεται δραστικά με την πάροδο του χρόνου, σε γενικές γραμμές θεωρείται ότι μπορεί να παραμείνει βιώσιμος έως το πολύ 24-48 ώρες.

Τυπικά, **επαφές** ενός κρούσματος είναι άτομα που:

- Συγκατοικούσαν ή παρείχαν άμεση φροντίδα στο κρούσμα χωρίς την κατάλληλη ατομική προστασία.
- Είχαν απροστάτευτη, πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση σε απόσταση έως και ένα (1) μέτρο από το κρούσμα.
- Ήρθαν σε απροστάτευτη επαφή με επιμολυσμένες επιφάνειες ή αντικείμενα που είχαν χρησιμοποιηθεί πρόσφατα από το κρούσμα.
- Είχαν παρατεταμένη επαφή με το κρούσμα π.χ. εργάζονταν ή παρέμεναν, στον ίδιο οριοθετημένο χώρο με το κρούσμα (π.χ. οι θέσεις εργασίας επαφής και κρούσματος ήταν στο ίδιο δωμάτιο/αίθουσα).

Για τη διευκόλυνση της συστηματικής καταγραφής των επαφών, η αρμόδια ΔΔΥΜΚ θα πρέπει να συμπληρώσει και να αποστείλει στον ΕΟΔΥ το **ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΠΑΦΩΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ Α(H5N1)** το οποίο επισυνάπτεται (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**).

Το ως άνω δελτίο αποστέλλεται στην αρχή της παρακολούθησης και εκ νέου μετά τη συμπλήρωση διαστήματος δέκα (10) ημερών από την τελευταία στενή επαφή με το κρούσμα.

2. Η οικεία ΔΔΥΚΜ θα ενημερώσει τις επαφές για τα εξής:

- Να παρακολουθούν την υγεία τους για διάστημα 10 ημερών από την τελευταία επαφή τους με το κρούσμα ή από την έκθεσή τους σε επιμολυσμένο περιβάλλον. Κατά το διάστημα της παρακολούθησης θα πρέπει να κάνουν χρήση μάσκας FFP2 ή FFP3 εφόσον βρίσκονται σε περιβάλλον με άλλα άτομα και να τηρούν τα μέτρα υγιεινής (πλύσιμο χεριών με σαπούνι και νερό ή αντισηψία χεριών με αλκοολούχο διάλυμα, απολύμανση αντικειμένων όπως πόμολα από πόρτες με αλκοολούχο διάλυμα ή διάλυμα οικιακής χλωρίνης σε νερό, κάλυψη του στόματος και της μύτης κατά τον βήχα ή το φτάρνισμα αντίστοιχα με τον αγκώνα, καλός αερισμός των χώρων κλπ.)
- **Σε περίπτωση που κατά το διάστημα παρακολούθησης εμφανίσουν πυρετό $\geq 38^{\circ}\text{C}$, βήχα, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλο, ζαλάδα, αστάθεια, πόνο και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα:**
 - Να ενημερώσουν αμέσως:
 1. τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της οικείας Π.Ε. (να δοθούν τηλεφωνικοί αριθμοί επικοινωνίας).
 2. τον ΕΟΔΥ τηλ. 210-5212054, 303, 308, 370.
 3. τον ιατρό τους και το τοπικό νοσοκομείο για τα συμπτώματα αναφέροντας ότι προηγήθηκε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα Α(Η5Ν1) σε πτηνό, ζώο ή άνθρωπο.
 - Να κάνουν συνεχή χρήση μάσκας FFP2 ή FFP3.
 - Να αποφύγουν εντελώς επαφές με άλλα άτομα και να περιοριστούν σε έναν οριοθετημένο χώρο (π.χ. σε ένα δωμάτιο της οικίας σε περίπτωση συγκατοίκησης με άλλα άτομα).
 - Να τηρούν σχολαστικά τα μέτρα υγιεινής.

3. Η οικεία ΔΔΥΚΜ θα προβαίνει σε καθημερινή τηλεφωνική ή με άλλο πρόσφορο τρόπο επικοινωνία με τις επαφές για το διάστημα παρακολούθησης ως πρόσθετο μέτρο ενεργητικής επιτήρησης για την τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων με βάση τις λαμβανόμενες πληροφορίες από τις επαφές (πυρετός $\geq 38^{\circ}\text{C}$, βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνο και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα). Η ενεργητική επικοινωνία θα συμπληρώνεται καθημερινά στο σχετικό πεδίο στο δελτίο καταγραφής & παρακολούθησης είτε πρόκειται για επαφές με πτηνά/ ζώα είτε με ανθρώπους με Α(Η5Ν1) μέχρι της ολοκλήρωσης των 10 ημερών από την τελευταία έκθεση.

4. Η οικεία ΔΔΚΥΜ αφού επικοινωνήσει με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του τοπικού νοσοκομείου ή με προσωπικό που έχει προκαθορίσει το νοσοκομείο για τη γρίπη των πτηνών, θα συντονίσει τις επισκέψεις των επαφών που δηλώνουν ασυμπτωματικές στο τοπικό νοσοκομείο. Οι επισκέψεις θα πραγματοποιηθούν την 5η και 10η μέρα παρακολούθησης με σκοπό την κλινική εκτίμηση και τη συλλογή δειγμάτων που θα υποβληθούν σε εργαστηριακό έλεγχο στο οικείο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Γρίπης. Αν η επίσκεψη δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί την προβλεπόμενη ημέρα θα μετατίθεται στην αμέσως κοντινότερη ημερομηνία, π.χ, την προηγούμενη ή επόμενη ημέρα όταν αυτή θα είναι εφικτή. Οι επισκέψεις στο νοσοκομείο καταγράφονται στο σχετικό πεδίο στο δελτίο καταγραφής & παρακολούθησης.

5. Σε περίπτωση που οι επαφές αναφέρουν στη ΔΔΚΜ οποιοδήποτε από τα προαναφερθέντα συμπτώματα (πυρετός $\geq 38^\circ \text{C}$, βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνο και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα), η επαφή χαρακτηρίζεται ως **ασθενής υπό διερεύνηση για γρίπη των πτηνών**. Η οικεία ΔΔΚΜ θα επικοινωνήσει με τον ΕΟΔΥ (Τμήμα Ζωοανθρωπονόσων, Τμήμα Λοιμώξεων του Αναπνευστικού ή ΚΕΠΙΧ), με το ΕΚΑΒ για την μεταφορά της επαφής στο τοπικό νοσοκομείο για κλινική εκτίμηση και δειγματοληψία και με το τοπικό νοσοκομείο (Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου ή άλλο προκαθορισμένο προσωπικό του νοσοκομείου για την γρίπη των πτηνών). Κατά την επικοινωνία με το ΕΚΑΒ και το τοπικό νοσοκομείο θα πρέπει να αναφερθεί ρητώς ότι πρόκειται για **ασθενή υπό διερεύνηση για γρίπη των πτηνών A(H5N1)**, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας, υγιεινής και βιοασφάλειας από το προσωπικό του ασθενοφόρου και το τοπικό νοσοκομείο. Επισυνάπτονται σχηματικά διαγράμματα με τον έλεγχο των ασθενών και τη ροή της πληροφορίας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4,5).

B. Επιδημιολογική διερεύνηση αγωγού μετάδοσης σε κρούσματα A(H5N1) χωρίς γνωστό ιστορικό έκθεσης

Η επιδημιολογική διερεύνηση αφορά κρούσματα χωρίς ιστορικό έκθεσης σε μολυσμένα πτηνά ή ζώα ή σε ανθρώπινο κρούσμα γρίπης A(H5N1). Η λεπτομερής αναγνώριση του

πιθανού τρόπου μετάδοσης της νόσου σε κρούσματα γρίπης Α(Η5Ν1) χωρίς γνωστό ιστορικό έκθεσης σε επιβεβαιωμένο κρούσμα σε πτηνά, ζώα ή άνθρωπο, είναι κρίσιμη για την συγκέντρωση ζωτικών πληροφοριών για την επιδημιολογία του νοσήματος και την αποτροπή περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου στην κοινότητα. Εξετάζονται οι πιθανές περιπτώσεις έκθεσης, όπως η άμεση επαφή με δυνητικά μολυσμένα πτηνά ή ζώα, η παραμονή σε επικίνδυνο περιβάλλον σε περιοχές όπου εντοπίστηκε ο ιός Α(Η5Ν1) ή η επαφή με ανθρώπους που είχαν προηγούμενη δυνητική έκθεση στον ιό Α(Η5Ν1). Η αρμόδια ΔΔΥΜΚ θα πρέπει να συμπληρώσει και να αποστείλει στον ΕΟΔΥ το **ΔΕΛΤΙΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ ΤΩΝ ΠΤΗΝΩΝ Α(Η5Ν1)** το οποίο επισυνάπτεται (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**).

Γ. Ενημέρωση του πληθυσμού περιοχών με κρούσματα Α(Η5Ν1) σε πτηνά, ζώα ή ανθρώπους

Η οικεία ΔΔΥΚΜ θα πραγματοποιεί δράσεις ενημέρωσης/ευαισθητοποίησης για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα προστασίας σε συνεργασία με την οικεία Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας και τον ΕΟΔΥ στις Επηρεαζόμενες Περιοχές. Ως Επηρεαζόμενη Περιοχή νοείται η Π.Ε. όπου εντοπίστηκε κρούσμα γρίπης σε πτηνά ή ζώα ή ανθρώπινο κρούσμα Α(Η5Ν1) και μπορεί να περιλαμβάνει και τις όμορες σε αυτήν Π.Ε. Οι επηρεαζόμενες περιοχές μεταβάλλονται ανάλογα με τις εντοπίσεις του ιού σε πτηνά ή ζώα και τον τρόπο εισαγωγής της νόσου. Π.χ. αν ο ιός μεταφέρθηκε μέσω αποδημητικών πτηνών Επηρεαζόμενες Περιοχές είναι και οι όμορες Π.Ε. ενώ αν είναι αποτέλεσμα εισαγωγής μολυσμένων πουλερικών σε συγκεκριμένες εκμεταλλεύσεις Επηρεαζόμενη Περιοχή μπορεί να είναι μόνο η Π.Ε. της μολυσμένης εκμετάλλευσης ή να μην οριστεί καθόλου Επηρεαζόμενη Περιοχή. Οι Επηρεαζόμενες Περιοχές αποφασίζονται ανάλογα με τα επιδημιολογικά και επιζωοτιολογικά δεδομένα από τον ΕΟΔΥ και συναρμόδιους φορείς. Επικαιροποιημένος κατάλογος με τις Επηρεαζόμενες Περιοχές και ενημερωτικό υλικό προς υποβοήθηση του σκοπού της ενημέρωσης/ευαισθητοποίησης του κοινού για την γρίπη θα είναι διαθέσιμα στον διαδικτυακό τόπο του ΕΟΔΥ στην ενότητα για την Γρίπη των Πτηνών <https://eody.gov.gr/disease/gripi-ton-ptinon/>.

Το καθεστώς Επηρεαζόμενης Περιοχής ισχύει από 14 ημέρες πριν από τον εντοπισμό κρούσματος Α(Η5Ν1) σε πτηνά, ζώα ή σε άνθρωπο και διαρκεί μέχρι και ένα (1) μήνα μετά

από την εξουδετέρωση όλων των εστιών γρίπης σε πτηνά ή ζώα και από την απουσία συμπτωμάτων και την αρνητικοποίηση των δειγμάτων όλων των ασθενών.

Η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού είναι κρίσιμη για την πρόληψη της γρίπης των πτηνών ιδιαίτερα σε περιοχές όπου η νόσος έχει κάνει την εμφάνισή της σε πτηνά, ζώα ή ανθρώπους. Οι πολίτες θα πρέπει να αποφεύγουν τη στενή επαφή με άρρωστα ή νεκρά άγρια πτηνά ή ζώα και να ενημερώνονται για τις οδηγίες των αρχών. Επισημαίνεται ότι κατά την επικοινωνία με το κοινό ή μεταξύ υπηρεσιών θα πρέπει να καθίσταται σαφές ότι ο πληθυσμός σε οποιαδήποτε περιοχή στη χώρα δεν διατρέχει κίνδυνο από την κατανάλωση εμπορικά διακινούμενων προϊόντων πουλερικών (κρέατος, αυγών ή παραγώγων) καθώς οι έλεγχοι στην πτηνοτροφία είναι αυστηροί και τα εισαγόμενα ή εγχώρια προϊόντα από μολυσμένες ή ύποπτες εκμεταλλεύσεις δεσμεύονται και καταστρέφονται.

Η παρούσα εγκύκλιος αναρτάται στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr) στον άξονα «Υγεία» και στην ενότητα «Δημόσια Υγεία», «Μεταδοτικά και Μη Μεταδοτικά Νοσήματα», «Εγκύκλιοι» για ενημέρωση των φορέων και των πολιτών.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. Υπουργείο Εσωτερικών

Γενική Δ/ση Τοπικής Αυτοδιοίκησης Δ/ση Οργάνωσης & Λειτουργίας ΟΤΑ
Σταδίου 27, Τ.Κ. 101 83 Αθήνα
info@ypes.gr

2. Όλες τις Περιφερειακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας

Γενικές Δ/σεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)
Υπόψη Προϊστάμενων Γενικών Δ/σεων

3. Όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας

Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας (έδρες τους)
Υπόψη Προϊσταμένων Δ/σεων

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων

Αχαρνών 2, Αθήνα, 101 76, Ελλάδα
info@minagric.gr

2. Όλες τις Υ.Πε. της χώρας

Υπόψη Διοικητών

3. ΕΟΔΥ

Υπόψη Προέδρου
Αγράφων 3-5, Τ.Κ. 15123 - Μαρούσι

3. Ε.Κ.Α.Β.

Υπόψη Προέδρου
Τέρμα Οδού Υγείας, Τ.Κ. 115 27- Αθήνα

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1.Γραφείο Υπουργού
- 2.Γραφείο Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας
- 3.Γραφεία Υφυπουργών
- 4.Γραφεία κ.κ. Γενικών Γραμματέων
- 5.Γραφεία κ.κ. Γενικών Δ/ντών
- 6.Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Υγιεινής Περιβάλλοντος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΤΗΝΑ Ή ΖΩΑ ΜΕ ΓΡΙΠΗ Α(Η5Ν1)

email αποστολής του δελτίου: zoonoses@eody.gov.gr -Χρησιμοποιείστε κρυπτογράφηση (7z- <https://www.7-zip.org>)- Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210-5212303,308,370

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ (Π.Ε.) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:/...../.....

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ:.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΚΤΡΟΦΗΣ:..... ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΚΤΡΟΦΗΣ (Επώνυμο/Όνομα):..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΕΙΔΟΣ ΠΤΗΝΩΝ / ΖΩΩΝ ΠΟΥ ΜΟΛΥΝΘΗΚΑΝ:..... ΤΟΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ & ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ:

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. /	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα:					Αποτέλεσμα:
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. /	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα:					Αποτέλεσμα:
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. /	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
								Αποτέλεσμα:					Αποτέλεσμα:

Να συμπληρωθούν όσα δελτία καταγραφής & παρακολούθησης απαιτούνται για την αποτύπωση όλων των εκτεθέντων ατόμων κατά το ίδιο συμβάν. Αποστέλλεται στον ΕΟΔΥ αφού εντοπιστούν και καταγραφούν όλα τα άτομα που εκτέθηκαν και αποστέλλεται εκ νέου στο τέλος της παρακολούθησης. Συμπληρώστε εδώ ημερομηνίες επίσκεψης στο νοσοκομείο: 1^ο επίσκεψη..... 2^ο επίσκεψη.....

(Οδηγίες Συμπλήρωσης στην επόμενη σελίδα)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

1 Συμπληρώστε ένα από: **α)** Απασχολούμενος σε εκτροφή πτηνών ή ζώων , **β)** Κτηνίατρος Ιδιώτης, **γ)** Κτηνίατρος δημόσιας υπηρεσίας, **δ)** Εργαζόμενος στη Θανάτωση/Μεταφορά πτωμάτων/Υγειονομική Ταφή/Απολύμανση, **ε)** Εργαζόμενος σε σφαγείο, **στ')** Άλλο, τι;

2 Όπως αναφέρονται στο παράρτημα Γ' του Σχεδίου Έκτακτης Ανάγκης για την Αντιμετώπιση της Γρίπης των Πτηνών ΥΑ 258754 (ΦΕΚ 840/12.05.2008).

3 Η οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας δίνει την οδηγία στους εκτεθέντες να αυτοπαρακολουθούνται για δέκα (**10**) ημέρες από την ημερομηνία τελευταίας έκθεσης για τα εξής συμπτώματα: πυρετός $\geq 38^{\circ}$ C, βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αυτοπαρακολούθησης η Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας επικοινωνεί καθημερινά με τους εκτεθέντες προς επιβεβαίωση της απουσίας ή της παρουσίας των παραπάνω συμπτωμάτων και κατόπιν συνεννόησης με το τοπικό νοσοκομείο παραπέμπει τους ασυμπτωματικούς εκτεθέντες την 5^η και 10^η ημέρα για κλινική εξέταση και δειγματοληψία. Επί εμφάνισης συμπτωμάτων οι εκτεθέντες πρέπει να ενημερώσουν αμέσως την οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας και τον ΕΟΔΥ (τηλ. 210-5212054, 210-5212303,308,370), να κάνουν συνεχή χρήση μάσκας FFP2 ή FFP3 και να απομονωθούν αποφεύγοντας την επαφή με άλλα άτομα.

Χώρος για τυχόν πρόσθετες σημειώσεις:

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας:.....

Ιδιότητα.....

Τηλέφωνο:..... Υπογραφή:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΠΑΦΩΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ Α(Η5Ν1)**

email αποστολής του δελτίου: zoonoses@eody.gov.gr -Χρησιμοποιείστε κρυπτογράφηση (7z- <https://www.7-zip.org>)- Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210-5212303,308,370

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:/...../.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ (Π.Ε.):

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ:.....

ΤΟΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΦΩΝ:

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / ...	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / ...	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:
A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ημερομηνία τελευταίας έκθεσης .. / .. / ...	1 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	3 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	4 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	5 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	6 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	7 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	8 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	9 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	10 ^ο μέρα Συμπτώματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
.....	.....	..... ΦΥΛΟ Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:					Επίσκεψη στο νοσοκομείο Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αποτέλεσμα:

Να συμπληρωθούν όσα δελτία καταγραφής & παρακολούθησης απαιτούνται για την αποτύπωση όλων των επαφών στο ίδιο ανθρώπινο κρούσμα. Αποστέλλεται στον ΕΟΔΥ αφού εντοπιστούν και καταγραφούν όλα τα άτομα που εκτέθηκαν και αποστέλλεται εκ νέου στο τέλος της παρακολούθησης. Συμπληρώστε εδώ ημερομηνίες επίσκεψης στο νοσοκομείο: 1^η επίσκεψη..... 2^η επίσκεψη.....

(Οδηγίες Συμπλήρωσης στην επόμενη σελίδα)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

- 1** Συμπληρώστε την ιδιότητα σε σχέση με το κρούσμα γρίπης Α(Η5Ν1) (π.χ. σύζυγος, συγγάτοικος, εργαζόμενος στον ίδιο χώρο εργασίας).
- 2** Προστατευτικά γυαλιά με αντιθαμβωτική επίστρωση που εφαρμόζουν καλά/ Μάσκα αναπνευστικής προστασίας FFP2 ή FFP3/ Αδιάβροχη ή ανθεκτική στο νερό ποδιά / Αδιάβροχα γάντια (π.χ. από latex ή vinyl).
- 3** Η οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας δίνει την οδηγία στους εκτεθέντες να αυτοπαρακολουθούνται για δέκα (**10**) ημέρες από την ημερομηνία τελευταίας έκθεσης για τα εξής συμπτώματα: πυρετός $\geq 38^{\circ}$ C, βήχας, δύσπνοια, ρίγος, πονοκέφαλος, ζαλάδα, αστάθεια, πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, επιπεφυκίτιδα ή γαστρεντερίτιδα. Κατά τη διάρκεια της αυτοπαρακολούθησης η Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας επικοινωνεί καθημερινά με τους εκτεθέντες προς επιβεβαίωση της απουσίας ή της παρουσίας των παραπάνω συμπτωμάτων και κατόπιν συνεννόησης με το τοπικό νοσοκομείο παραπέμπει τους ασυμπτωματικούς εκτεθέντες την 5^η και 10^η ημέρα για κλινική εξέταση και δειγματοληψία.
Επί εμφανίσεως συμπτωμάτων οι εκτεθέντες πρέπει να ενημερώσουν αμέσως την οικεία Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας και τον ΕΟΔΥ (τηλ. 210-5212054, 210-5212303,308,370), να κάνουν συνεχή χρήση μάσκας FFP2 ή FFP3 και να απομονωθούν αποφεύγοντας την επαφή με άλλα άτομα.

Χώρος για τυχόν πρόσθετες σημειώσεις:

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας:.....

Ιδιότητα.....

Τηλέφωνο:.....

Υπογραφή:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**ΔΕΛΤΙΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ ΤΩΝ ΠΤΗΝΩΝ Α(Η5Ν1)**

Η οικεία Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας χρησιμοποιεί το πρόγραμμα κρυπτογράφησης 7z (<https://www.7-zip.org/>) και αποστέλλει το συμπληρωμένο Δελτίο Διερεύνησης Κρούσματος Γρίπης των Πτηνών στον ΕΟΔΥ στη διεύθυνση zoonoses@eody.gov.gr Πριν την αποστολή επικοινωνήστε στα τηλέφωνα: 210-5212370, 08, 03 (Τμήμα Ζωοανθρωπονόσων).

Ημερομηνία συμπλήρωσης (ηη/μμ/εεεε): ____ / ____ / ____

Υπηρεσία που υποβάλλει το Δελτίο: _____	Όνομα & Επώνυμο Ερευνητή: _____	Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο Ερευνητή: _____	Τηλέφωνο Υπηρεσίας: _____ Κινητό τηλέφωνο (προαιρετική συμπλήρωση): _____
--	------------------------------------	--	--

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

Όνομα & Επώνυμο κρούσματος: _____	Έτος γέννησης: ____ ή ηλικία (έτη): ____	Φύλο <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	Επάγγελμα / ιδιότητα: _____
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, πόλη, ταχυδρομικός κώδικας): _____	Π.Ε. κατοικίας: _____ Εθνικότητα: <input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Αλλοδαπή <input type="checkbox"/> Άγνωστο Χώρα καταγωγής: _____	Κινητό τηλέφωνο: _____ Σταθερό τηλέφωνο: _____	

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΤΕΡΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ – ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ

<p>1. Ημερομηνία έναρξης της νόσου: ____ / ____ / ____ <i>Εν απουσία συμπτωμάτων ημερομηνία θετικού εργαστηριακού αποτελέσματος:</i> _____</p> <p>2. Το κρούσμα νοσηλεύτηκε; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο 2α. Νοσοκομείο/δομή υγείας που διαγνώστηκε: _____ 2β. Νοσοκομείο/δομή υγείας που νοσηλεύτηκε: _____ 2γ. Ημερομηνία εξόδου: ____ / ____ / ____ ή <input type="checkbox"/> Ακόμα νοσηλεύεται</p> <p>3. Ο ασθενής αναζήτησε πριν τη διάγνωση περίθαλψη σε άλλο πάροχο υπηρεσιών υγείας (π.χ. ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιωτικό ιατρείο, επείγοντα περιστατικά); <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο 3α. Νοσοκομείο/δομή υγείας: _____ 3β. Ημερομηνία επίσκεψης: ____ / ____ / ____</p>	<p>4. Εμβολιάστηκε κατά της εποχικής γρίπης και πότε; _____ <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο Αν Ναι πότε (περίπου) _____</p> <p>5. Έχει απομονωθεί; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο</p> <p>5α. Εάν ναι, τι απομόνωση: 1. Αυτοαπομόνωση στο σπίτι 2. Απομονωμένος στο νοσοκομείο 3. Άλλο: _____ _____ _____</p> <p>5β. Ημερομηνία έναρξης απομόνωσης: ____ / ____ / ____</p> <p>5γ. Ημερομηνία λήξης της απομόνωσης: ____ / ____ / ____</p>
--	---

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**6. Προσδιορισμός περιόδου μεταδοτικότητας:**

Από 10 ημέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων (αν απουσιάζουν τα συμπτώματα από την πρώτη δειγματοληψία με θετικό αποτέλεσμα) έως και την εισαγωγή και διάγνωση στο νοσοκομείο ή άλλη δομή υγείας και την αποδρομή της νόσου

Ημερομηνία έναρξης νόσου: ____ / ____ / ____ → 10 ημέρες πριν: ____ / ____ / ____

Ημερομηνία εισαγωγής: ____ / ____ / ____

Ημερομηνία αποδρομής της νόσου και αρνητικοποίησης δειγμάτων (ή θανάτου) : ____ / ____ / ____

7. Ταξίδεψε ο ασθενής εκτός της Π.Ε. κατοικίας του κατά τις 10 ημέρες πριν από την έναρξη της νόσου;

Ναι Όχι Άγνωστο

Εάν ναι, διευκρινίστε: _____

8. Κατά τις 10 ημέρες πριν από την έναρξη της ασθένειας, ο ασθενής κατανάλωσε, άγγιξε ή χειρίστηκε απαστερίωτο γάλα ή προϊόντα που περιείχαν απαστερίωτο γάλα;

Ναι Όχι Άγνωστο Αν ναι, πιο πρόσφατη ημερομηνία: ____ / ____ / ____

8α. Τύπος προϊόντος (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν)

Απαστερίωτο γάλα Τυρί από απαστερίωτο γάλα Γαλακτοκομικά προϊόντα από απαστερίωτο γάλα

Άλλο: _____

8β. Από πού προμηθεύτηκε το απαστερίωτο γάλα/προϊόν:

9. Κατά τις 10 ημέρες πριν αρρωστήσει, ο ασθενής είχε οποιαδήποτε επαφή με πτηνά ή ζώα;

Εάν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 12

Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα σημειώνοντας το είδος της στενής επαφής του ασθενούς με κάθε είδος πτηνού ή ζώου που αναφέρεται (ή συμπληρώστε άλλα είδη, αν δεν αναφέρονται). Ως στενή επαφή θεωρείται η άμεση επαφή (π.χ. άγγιγμα, χάιδεμα) ή η απλή προσέγγιση σε απόσταση ίση ή η μικρότερη του ενός (1) μέτρου.

Είδος ζώου	Άμεση επαφή	Προσέγγιση μέχρι και ένα (1) μέτρο	Το ζώο φαινόταν άρρωστο (κατά την εκτίμηση του κρούσματος);
Αγελάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Πουλερικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Πρόβατα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Κατσίκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Χοίροι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Μινκ (γουνοφόρα θηλαστικά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Άγνωστο

10. Σε τι περιβάλλον πραγματοποιήθηκε η επαφή με ζώα;				
Ζώα	Οικία του ασθενούς	Ζωολογικός κήπος	Εργασία	Άλλο
Αγελάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πουλερικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πρόβατα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατσίκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χοίροι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μινκ (ή γουνοφόρα θηλαστικά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλο: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10α. Περιγράψτε:

Αν η επαφή έγινε σε κτηνοτροφική εκμετάλλευση ή σε οικόσιτη εκτροφή ζώων συμπληρώστε:

Στοιχεία επικοινωνίας του αγροκτήματος

Όνομα Επιχείρησης / Ιδιοκτήτης	Φυσική διεύθυνση	Τηλέφωνο/α

11. Επιλέξτε όλα τα ΜΑΠ (Μέσα Ατομικής Προστασίας) που χρησιμοποιούσε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επαφής με τα ζώα.

- Δεν χρησιμοποιήθηκαν ΜΑΠ
 Γυαλιά
 Γάντια
 Μπότες/καλύμματα μποτών
 Μάσκα αναπνευστικής προστασίας (π.χ. FFP2, ή FFP3)
 Φόρμα μίας χρήσης
 Κάλυμμα μαλλιών/κεφαλής μίας χρήσης
 Άλλο: _____

12. Κατά τις 10 ημέρες πριν από την έναρξη της νόσου, ο ασθενής είχε στενή επαφή με κάποιον που εργάζεται σε αγρόκτημα και/ή χειρίζεται αγροτικά ζώα (αγελάδες, πουλερικά, μινκ, πρόβατα, κατσίκες, χοίρους);

- Ναι
 Όχι
 Άγνωστο

Εάν ναι, περιγράψτε: _____

Στοιχεία επικοινωνίας του αγροκτήματος

Όνομα Επιχείρησης / Ιδιοκτήτης	Φυσική διεύθυνση	Τηλέφωνο/α

13. Κατά τις 10 ημέρες πριν από την έναρξη της νόσου, ο ασθενής είχε στενή επαφή με άτομο που διαγνώστηκε πρόσφατα με λοίμωξη από τον ιό A(H5N1) ή άλλο ιό γρίπης ζωικής προέλευσης; Ως στενή επαφή θεωρείται η άμεση επαφή (π.χ. χειραψία) ή απλή προσέγγιση σε απόσταση ίση ή μικρότερη του ενός (1) μέτρου ή η παραμονή στον ίδιο χώρο (π.χ οικία, εργασιακός χώρος).

Ναι Όχι Άγνωστο

Εάν ναι, συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

Κρούσματα με γρίπη A(H5N1) που ήρθαν σε στενή επαφή με το κρούσμα

α/α	Όνομα/Επώνυμο	Σχέση με τον ασθενή	Φύλο	Ηλικία	Ημερομηνία τελευταίας επαφής
					___/___/___
					___/___/___
					___/___/___

14. Είχε ο ασθενής επαφή με κάποιο άτομο που νοσεί ή νοσούσε με συμπτώματα γρίπης και/ή επιπεφυκίτιδα εντός 10 ημερών από την έναρξη της νόσου;

Ναι Όχι Άγνωστο

Αν ναι, Ημερομηνία τελευταίας επαφής: ___/___/___

Εάν ναι, συμπληρώστε τα στοιχεία του ατόμου:

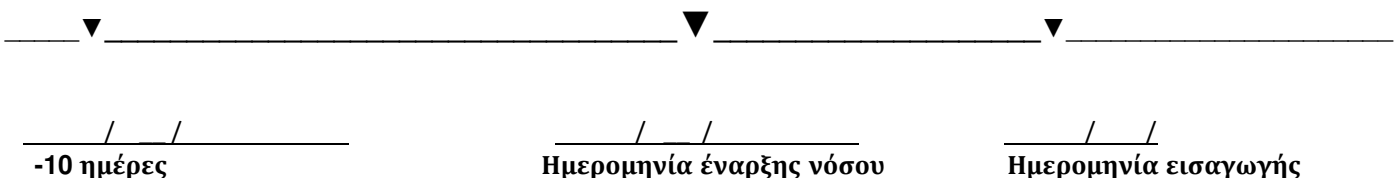
14α. Όνομα/Επώνυμο: _____ Σχέση με τον ασθενή: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____ Τηλέφωνο: _____

15. Χρονοδιάγραμμα περιόδου μεταδοτικότητας και αριθμός επαφών

Εισάγετε την ημερομηνία έναρξης της ασθένειας ή αν αυτή δεν είναι γνωστή ή η νόσος ήταν υποκλινική εισάγετε την ημερομηνία δειγματοληψίας για το πρώτο θετικό εργαστηριακό αποτέλεσμα για A(H5N1). Μετρήστε προς τα πίσω 10 ημέρες και προς τα εμπρός μέχρι της εισαγωγής και διάγνωσης στο νοσοκομείο για να υπολογίσετε την περίοδο μεταδοτικότητας (εκτός νοσοκομείου).

Περίοδος μεταδοτικότητας πριν την εισαγωγή σε μονάδα υγείας



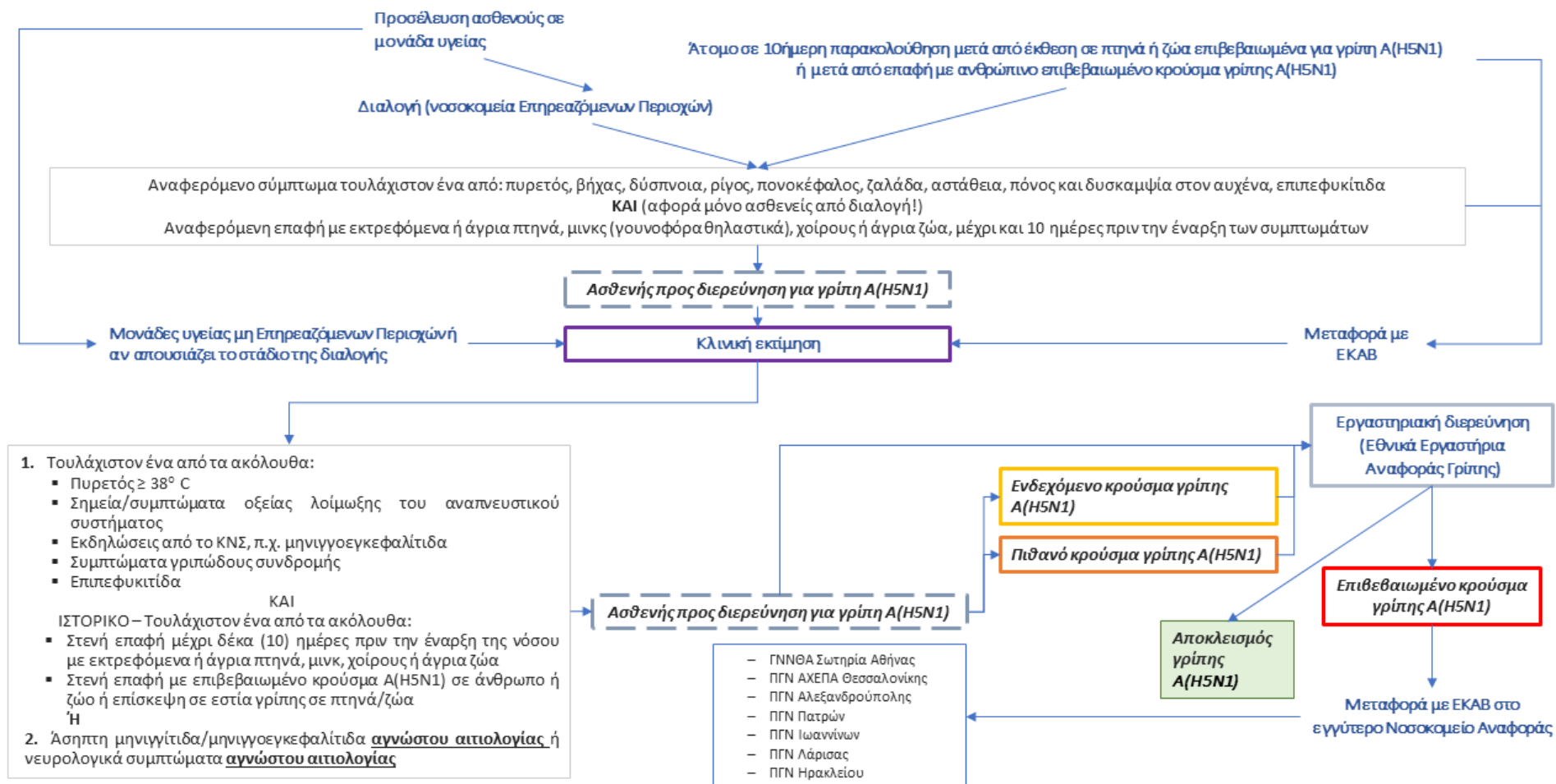
Συγκεντρωτικός πίνακας ατόμων που ήρθαν σε επαφή με το κρούσμα

	Μοναδικά άτομα που ήρθαν τελευταία φορά σε επαφή με το κρούσμα ανά ημέρα μεταδοτικής περιόδου* (από 10 ημέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων έως και την εισαγωγή/διάγνωση στο νοσοκομείο)																				
Αριθμός μοναδικών ατόμων-επαφών																					
Ημέρα τελευταίας επαφής με το κρούσμα.	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Η ημέρα 0 αντιστοιχεί στην ημερομηνία έναρξης της νόσου ή αν δεν είναι σαφής η έναρξη της νόσου είναι η ημερομηνία της δειγματοληψίας του πρώτου θετικού εργαστηριακού αποτελέσματος A(H5N1). Η παρακολούθηση των ατόμων (επαφών) που ήρθαν σε επαφή με το κρούσμα γίνεται με το ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΠΑΦΩΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΓΡΙΠΗΣ A(H5N1).

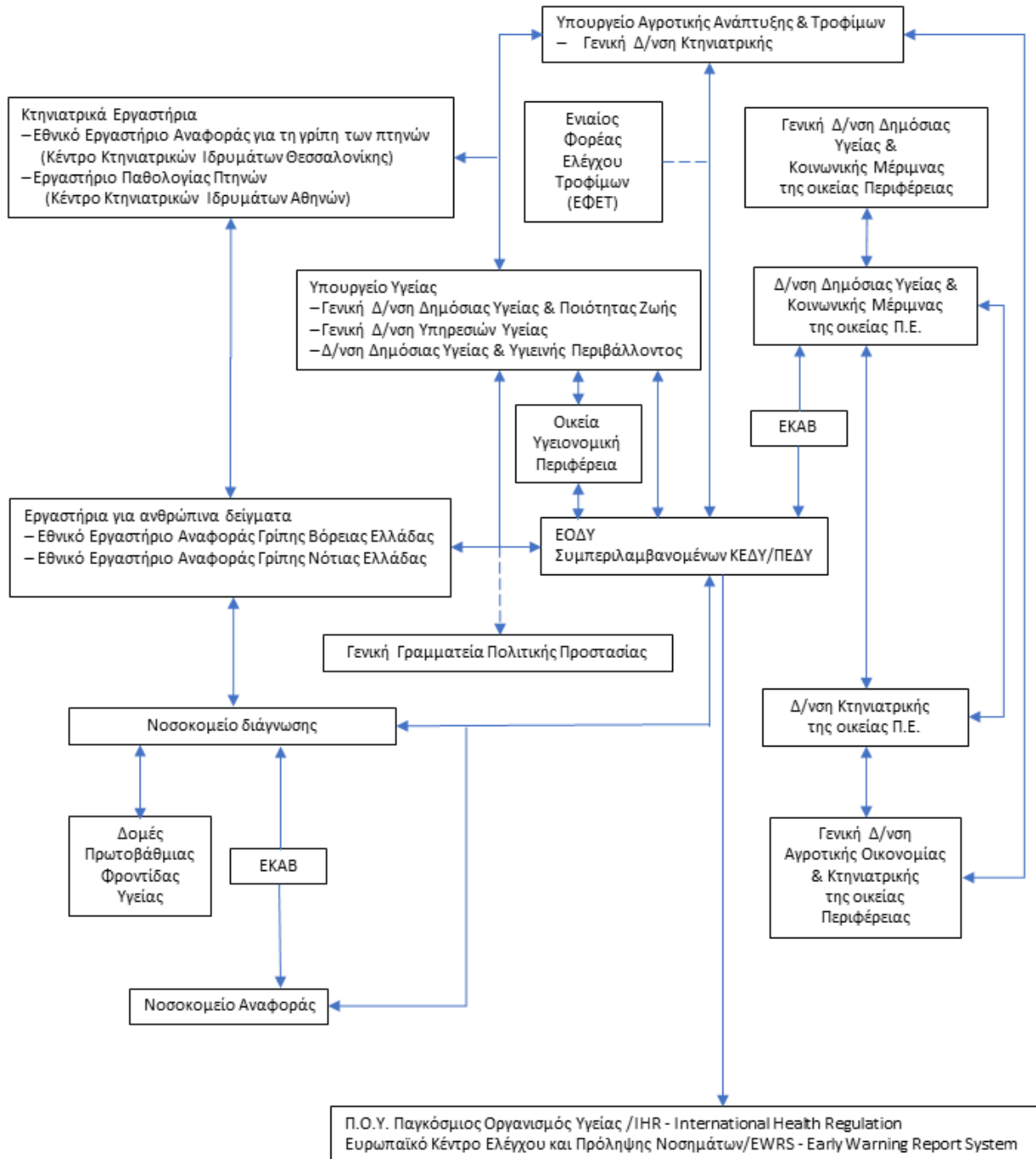
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ Α(H5N1)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΓΡΙΠΗ ΠΤΗΝΩΝ Α(H5N1)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5
ΡΟΗ ΔΙΑΧΥΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ

Διάχυση της πληροφορίας ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς
στη διερεύνηση / διαχείριση κρούσματος Γρίπης των Πτηνών



¹ Οι διακεκομμένες γραμμές απεικονίζουν δυνητική διαβίβαση της πληροφορίας που εξαρτάται από την εκτίμηση κινδύνου.

² Π.Ε.: Περιφερειακή Ενότητα.