



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)

Ως σημαντικότερο ορόσημο για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων είναι η επίτευξη τουλάχιστον 95% εμβολιαστικής κάλυψης τόσο με την 1^η όσο και με την αναμνηστική δόση εμβολίου κατά της ιλαράς / ερυθράς σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο (έως το τέλος του 2020).

Με αφορμή την επιδημία ιλαράς σε γειτονική μας χώρα και στο πλαίσιο εναρμόνισης με τους στόχους που έθεσε ο ΠΟΥ και στην χώρα μας, το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ προβαίνει σε ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης της ιλαράς, ερυθράς και του Συνδρόμου Συγγενούς Ερυθράς καθώς και της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ιλαράς – ερυθράς καλώντας σας :

- να **δηλώνετε όλα τα κρούσματα ιλαράς και ερυθράς και τα ύποπτα** στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. είτε μέσω του δελτίου υποχρεωτικής δήλωσης με έμφαση στη συμπλήρωση όλων των πεδίων και αποστολή του με fax (fax no: 210 8842 011) είτε με τηλεφωνική επικοινωνία (τηλ. 210 8899005 – 8899008)

Κλινικά Κριτήρια Ύποπτου κρούσματος Ιλαράς	Κλινικά Κριτήρια Ύποπτου κρούσματος Ερυθράς
<ul style="list-style-type: none">• Πυρετός και• Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και• Βήχας ή καταρροή ή επιπεφυκίτιδα	<ul style="list-style-type: none">• Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και• Διόγκωση τραχηλικών, υπινιακών ή οπισθοωτιαίων λεμφαδένων, ή αρθραλγία / αρθρίτιδα

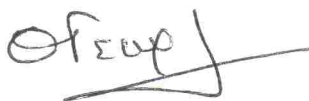
- να **ελέγχετε την εμβολιαστική κατάσταση** μέσω των βιβλιαρίων υγείας των βρεφών, παιδιών, εφήβων καθώς και την ολοκλήρωση του εμβολιασμού τους έναντι της ιλαράς και της ερυθράς. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη, όπως είναι οι αθίγγανοι, οι μετακινούμενοι πληθυσμοί, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο.

Σας παρακαλούμε να συμβάλλετε και εσείς στην προσπάθειά μας αυτή για την ενίσχυση της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ιλαράς και της ερυθράς στη χώρα μας.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για περαιτέρω πληροφορίες ή διευκρινίσεις.

Με εκτίμηση,

Η Υπεύθυνη του Τμήματος
Επιδημιολογικής Επιτήρησης
και Παρέμβασης



Θ. Γεωργακοπούλου

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Προέδρου
2. Γραφείο Διευθυντή
3. Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης
4. Γραφείο Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό & Συγγενών Νοσημάτων

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"/> Ανεμευλογιά 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 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)	
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: _____		► Πόλη/χωριό: _____	
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση: _____		► 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 → Ποιός: _____	
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		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____		Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		κρούσματος: <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 Ανεμευλογιά)			
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"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> 1 εξέταση θετική <input type="checkbox"/> 4πλασιασμός τίτλου <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται			
IgM: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <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: _____			