

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΦΟΡΜΑ ΙΧΝΗΛΑΤΗΣΗΣ ΕΠΑΦΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ COVID-19 ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΟ

(Αποστέλλεται συμπληρωμένο από τον Υπεύθυνο COVID-19 στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της οικείας Περιφερειακής Ενότητας)

Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

Σχολική Μονάδα: Δ/ση Εκπαίδευσης:

Όνοματεπώνυμο Υπευθύνου Διαχείρισης COVID-19:

Τηλ. επικοινωνίας Υπευθύνου Διαχείρισης COVID-19:

Τμήμα 1. Στοιχεία επιβεβαιωμένου κρούσματος

Κατηγορία κρούσματος: Μαθητής/τρια [] Εκπαιδευτικός [] Λοιπό Προσωπικό []

Όνοματεπώνυμο: Φύλο: Άρρεν [] Θήλυ []

ΑΜΚΑ: Είναι στενή επαφή προηγούμενου επιβεβαιωμένου κρούσματος του σχολείου; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Στοιχεία κηδεμόνα:

Ημερ. Γέννησης: ____/____/____ Τάξη/Τμήμα:

Τόπος κατοικίας: Περιφερειακή ενότητα (Νομός): Δήμος:

Πόλη/χωριό: Τηλ. ασθενούς/οικογένειας:

Συμπτώματα: Ναι [] Όχι [] Άγν [] Ημ. έναρξης: ____/____/____ Ημ. αποδρομής: ____/____/____

Νοσηλεία Ναι [] Όχι [] Άγν [] Νοσοκομείο: Από - έως: ____/____/____

Εργαστηριακή διερεύνηση: Ναι [] Όχι [] Ημ/νία λήψης πρώτου θετικού δείγματος: ____/____/____

Σύνοψη αριθμού στενών επαφών:	
Αριθμός	
- Πλήρως εμβολιασμένοι:	
- Με ιστορικό επιβεβαιωμένης νόσου Covid-19 (κατά το τελευταίο 6μηνο):	
- Χωρίς εμβολιασμό και χωρίς ιστορικό νόσου Covid-19:	
ΣΥΝΟΛΟ	
ΣΤΕΝΩΝ ΕΠΑΦΩΝ:	
	- Χωρίς εμβολιασμό και χωρίς ιστορικό νόσου Covid-19 σε «κοντινή θέση»* με το κρούσμα

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						

