**Επαφές ύποπτου ή επιβεβαιωμένου περιστατικού Ιλαράς**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ημερομηνία Γέννησης** | **Τελευταία ημερομηνία επαφής** | **Τηλέφωνο Επικοινωνίας (όνομα και τηλέφωνο επικοινωνίας γονέα εάν πρόκειται για ανήλικο)** | **Εμβολιαστική Κατάσταση (πλήρως για την ηλικία του/της, ατελής, άγνωστη)** | **Προσκόμησε Πιστοποιητικό Εμβολιαστικής Κατάστασης (Ναι/Όχι)** | **Στοιχεία επικοινωνίας Παιδιάτρου (Να σημειωθεί εάν δεν δώθηκαν στοιχεία επικοινωνίας)** | **Πιστοποίηση Παιδιάτρου για τον εμβολιασμό (Ναι/Όχι/ Δεν έγινε επικοινωνία)** | **Κατάσταση Υγείας Παιδιού (Συμπτώματα συμβατά με Ιλαρά Ναι/Οχι)** | **Δόθηκαν οδηγίες παρακολούθησης Υγείας/ Εμβολιασμού/ Απομόνωσης (Ναι/Όχι)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Το παρόν να αποστέλλεται συμπληρωμένο με email cycomnet@cytanet.com.cy ή SMichael@papd.mof.gov.cy ή fax 22771496 στην Μονάδα Επιδημιολογικής Επιτήρησης. Τηλέφωνο επικοινωνίας 22605650 ή 22605759 (Δευ-Παρ 8:00-15:00)