

## Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς εργαστήρια για έλεγχο λοίμωξης από τους ιούς Δάγκειου πυρετού, Chikungunya, Zika

Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αρμποϊών και Αιμορραγικών Πυρετών, ΑΠΘ: 2310 999 006, 2310 999 151	Για πληροφορίες από Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ: Γραμματεία: 210 647 8817, 210 647 8804 Τεχνικός Υπεύθυνος: 210 647 8819
---	---

▶ Μονάδα Υγείας:	
▶ Ον/μο θεράποντα ιατρού:	
▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων:	

▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ολικό αίμα <input type="checkbox"/> ούρα <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι;	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A.A. στο εργαστήριο:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____</td> </tr> </table>	Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:	A.A. στο εργαστήριο:	Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____
Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:				
A.A. στο εργαστήριο:				
Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____				

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
▶ Ηλικία: _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)	▶ Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:	Πόλη/χωριό:
▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής:	
▶ Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό (τους τελευταίους 3 μήνες); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ▶ Χώρες ταξιδιού: .....	
Ημερομηνία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____ Διάρκεια ταξιδιού: .....	
▶ Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → τι εμβόλιο - πότε; .....	

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

▶ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	▶ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____
▶ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
▶ Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Σε ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη ..... εβδομάδων <input type="checkbox"/> Νεογνό	
▶ Υποκείμενα νοσήματα:	
▶ Προηγούμενο ιστορικό Δάγκειου πυρετού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε;	
▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Αιμορραγικές εκδηλώσεις <input type="checkbox"/> Επιπεφυκίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλο:.....	

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

----- Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο -----

Ανίχνευση ιού Zika;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Chikungunya;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Δάγκειου πυρετού;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →