

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: ☐ ορός ☐ ολικό αίμα ☐ ούρα ☐ Άλλο → Τι;	Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:
	A.A. στο εργαστήριο:
	Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

► Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____
► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
► Ειδική κατάσταση: ☐ Σε ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη εβδομάδων ☐ Νεογνό	
► Υποκείμενα νοσήματα:	
► Προηγούμενο ιστορικό Δάγκειου πυρετού; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Πότε;	
► Εκδηλώσεις: ☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Κεφαλαλγία ☐ Μυαλγίες ☐ Αρθραλγίες ☐ Αιμορραγικές εκδηλώσεις ☐ Επιτεφυκίτιδα ☐ Άλλο:.....	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

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

Ανίχνευση ιού Zika;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Chikungunya;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Δάγκειου πυρετού;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →