

**Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς τα διαγνωστικά εργαστήρια
(για έλεγχο λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου)**

Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης:
Άννα Παπά: 2310 999006, 2310 999151, 6945708450

Για πληροφορίες από Εργαστήριο Μικροβιολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών:
Αθ. Τσακρής: 210 7462011, 210 7462133, 210 7462140

----- Συμπληρώνεται από τη Μονάδα Υγείας -----

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

▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ΕΝΥ <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι:	Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο Αναφοράς:
	Εβδομάδα:
	Α.Α. 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: Περιφερ. Ενότητα:	▶ Πόλη/χωριό:
▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	
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 <input type="checkbox"/> Νεογνό (<28 ημερών)	
▶ Υποκείμενα νοσήματα:	
▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Οξεία Χαλαρή Παράλυση <input type="checkbox"/> Εξάνθημα → περιγράψτε: <input type="checkbox"/> Άλλο → περιγράψτε:	
▶ Ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά:	
▶ Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ___/___/___	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

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

Ανίχνευση ιού του Δυτικού Νείλου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση άλλου ιού;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →