

**Επιτήρηση για την Πιθανή Μετάδοση του Ιού
του Δυτικού Νείλου (ΔΝ) με μετάγγιση προϊόντων αίματος
Πρωτόκολλο Ανιχνευσιμότητας και Αναδρομικού Ελέγχου
(Περίοδος 1 Ιουνίου – 15 Νοεμβρίου 2018)**

Στοιχεία Ασθενή

Αρχικά ονοματεπώνυμο /	Φύλο	Ημερομηνία γέννησης
Νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται :		
Ιστορικό μετάγγισηςστις ... /.../.....		
.....στις ... /.../.....		
.....στις ... /.../.....		

Ενέργειες

Παρακαλούμε να μας γνωρίσετε τα παρακάτω στοιχεία των μονάδων αίματος και προϊόντων αίματος που μεταγγίστηκαν στο Νοσοκομείο..... στην .../...

1. Μεταγγισθέντα προϊόντα αίματος

Ολικό αίμα Ερυθρά Πλάσμα Αιμοπετάλια

Κωδικός μονάδας	ΣΕ	Πλάσμα	Αιμοπετάλια	Ημερομηνία Αιμοδοσίας	Ημερομηνία μετάγγισης

2. Εργαστηριακά ευρήματα αρχικών δειγμάτων (δείγματα αρχείου)

Κωδικός μονάδας	WNV		Ολικά Αντισώματα IgM	
	Αρνητικό	Θετικό	Αρνητικό	Θετικό

3. Εργαστηριακά ευρήματα νέων δειγμάτων (μετά από πρόσκληση των αιμοδοτών)

Ημερομηνία Αιμοληψίας

WNV-RNA

Αρνητικό

Θετικό

Ολικά αντισώματα IgM

Αρνητικό

Θετικό

4. Τύχη παρασκευασθέντων προϊόντων (σε περίπτωση διάγνωσης ιού του Δυτικού Νείλου)

	Αρ. Μονάδος	Μετάγγιση	Αποθήκευση	Διάθεση σε άλλο Νοσοκομείο	Αχρήστευση
Ερυθρά	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλάσμα για μετάγγιση	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια ολικού αίματος	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια αφάιρεσης	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Παρακαλούμε να μας γνωρίσετε στοιχεία για τον τόπο κατοικίας και εργασίας των εμπλεκομένων αιμοδοτών προκειμένου να ενημερώσουμε το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

.....
.....
.....

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε συνεργασία.

Ο Διευθυντής Αιμοδοσίας

Υπογραφή