

**ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ Ή ΆΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

<b>Μονάδα Υγείας:</b>		<b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ</b>	
<b>► Ιατρός (ον/μο):</b>		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
<b>► Τηλ ιατρού:</b>		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
<b>► Δείγμα:</b>	<input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα <input type="checkbox"/> Στοματοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Ορός <input type="checkbox"/> Πτύελα <input type="checkbox"/> Άλλο,τί:..... <input type="checkbox"/> Υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης .....	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	____/____/____
<b>► Ημ/νία λήψης δείγματος:</b> ____/____/____			
<b>► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;</b> <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ <b>ΝΑΙ</b> : ► <input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. <input type="checkbox"/> εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής <input type="checkbox"/> νοσηλεία σε θάλαμο			

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**► Επώνυμο:** ..... **► Όνομα:** ..... **► Τηλέφωνο:** .....

**► Ηλικία:** ..... ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0 ")

**► Φύλο:**       Άρρεν       Θήλυ

**► Κατοικία:** • Νομός (Περιφερειακή Ενότητα):..... • Πόλη/χωριό:.....

**ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-CoV-2 ΣΤΙΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19:     ΟΧΙ     ΝΑΙ     ΑΓΝΩΣΤΟ

Ιστορικό ταξιδιού:     ΟΧΙ     ΝΑΙ     ΑΓΝΩΣΤΟ    ► Εάν **ΝΑΙ**, πού; .....

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Ασθενής με σοβαρή οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού που χρειάζεται νοσηλεία ή που νοσηλεύεται

Νοσηλευόμενος ή φιλοξενούμενος σε μονάδα ηλικιωμένων ή χρονίως πασχόντων με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Προσωπικό Υπηρεσίας Υγείας με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Ηλικιωμένος ή άτομο με υποκείμενα χρόνια νοσήματα με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Άλλο, Τι; .....

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

RT-PCR για 2019-nCov; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	Έλεγχος αντισωμάτων έναντι 2019-nCov; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ
Ανίχνευση άλλου παθογόνου αιτίου πνευμονίας της κοινότητας ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ    ► <b>Παθογόνο:</b> .....	

Εργαστήριο στο οποίο αποστέλλεται το δείγμα:.....