



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ.: 210 8817472
e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ (CHLAMYDIA TRACHOMATIS)**

συμπεριλαμβανομένου του Αφροδίσιου Λεμφοκοκκιώματος (Lymphogranuloma Venereum-LGV)

► Ημερομηνία δήλωσης:/...../.....

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ/ ΙΔΙΩΤΗΣ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρείο ΣΜΝ | <input type="checkbox"/> Δερματολογική / | <input type="checkbox"/> Μονάδα Λοιμώξεων | <input type="checkbox"/> Εργαστηριακός Τομέας |
| <input type="checkbox"/> Γυναικολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Αφροδισιολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Μαιευτική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άλλο..... |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού | | |

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης:/...../.....

Ημέρα / Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

Ελλάδα

Αλλού.....

► Εθνικότητα:

Ελληνική

Άλλη

► Χώρα:.....

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ/ Η:

► Είναι:

Μετανάστης

Ταξιδιώτης

Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ, σε Ελλάδα από (έτος):

Τόπος κατοικίας: ► Νομός:

► Πόλη/ Χωριό:

ΛΟΓΟΣ/ ΛΟΓΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

- Παρουσία Συμπτωμάτων
- Προληπτικός έλεγχος
- Επιθυμία Προληπτικού Ελέγχου/ Ετήσιος Έλεγχος
- Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
- Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
- HIV Σύφιλη Γονόρροια HPV Λοίμωξη Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος
- Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου
- Θύμα trafficking
- Άλλοι λόγοι, καθορίστε.....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άνδρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, καθορίστε.....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

Ελλάδα

Αλλού στην Ευρώπη

Άγνωστο

Εκτός Ευρώπης:.....

Εκδιδόμενο άτομο:

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αναφερομένη επαφή με εκδιδόμενο άτομο :

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων το τελευταίο εξάμηνο:.....

Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

1. HIV status (πριν την επίσκεψη) Θετικό Αρνητικό Άγνωστο **Αν θετικό:** Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) Γνωστό θετικό
2. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για υπόλοιπα ΣΜΝ:
 HIV Σύφιλη Γονόρροια
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Σύφιλη Γονόρροια
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, ποια:

- Ουρηθρίτιδα Επιδιδυμίτιδα Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
 Οξεία Σαλπινγίτιδα Τραχηλίτιδα Πρωκτίτιδα
 Άλλο:.....

Σε νεογέννητο:

- Επιπεφυκίτιδα Πνευμονία

Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα-LGV

- Ουρηθρίτιδα Έλκος Γεννητικών Οργάνων Πρωκτίτιδα
 Βουβωνική λεμφαδενοπάθεια Τραχηλίτιδα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....

Σημείο δειγματοληψίας:

- Γεννητικά όργανα Πρωκτός Στοματική Κοιλότητα Οφθαλμός Ούρα Άλλο:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (εκτός LGV)

- Απομόνωση Chlamydia trachomatis από κλινικό δείγμα με κυτταροκαλλιέργεια APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis με NAAT APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με δοκιμασία DFA APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ LGV

- Απομόνωση Chlamydia trachomatis με κυτταροκαλλιέργεια APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με NAAT APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
ΚΑΙ εντοπισμός οροτύπου L1, L2 ή L3
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

- ΝΑΙ ΟΧΙ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ, ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ.....

Ημερομηνία διάγνωσης:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση:.....

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

E-mail επικοινωνίας:.....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη
Κρούσματος:

- Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό
 Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....