



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](mailto: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 ΣΥΦΙΛΗ (TREPONEMA PALLIDUM)

► 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"/> Αιμοδοσία            |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού    | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο              |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο        | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού         |   | <input type="checkbox"/> Άλλο.....            |

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
  - Περιοδικός Προληπτικός Έλεγχος/ Ετήσιος Έλεγχος
  - Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
  - Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
    - HIV  Γονόρροια  Χλαμυδιακή Λοίμωξη  HPV Λοίμωξη  Ερπητική Λοίμωξη  Ηπατίτιδα Β  Ηπατίτιδα C
  - Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος
  - Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου
  - Θύμα trafficking
  - Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών
  - Έλεγχος Αιμοδότη
- Άλλοι λόγοι, (παρακαλώ καθορίστε).....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άντρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, (παρακαλώ 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 άλλα ΣΜΝ;.....
3. Υπήρξε θετική διάγνωση;  
Καθορίστε:.....

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΦΙΛΗΣ**Εμφανίζει συμπτώματα  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ΝΑΙ, ποια:

- Πρωτογόνος Σύφιλη:** Συφιλιδικό έλκος  
Εντόπιση:  Γεννητική περιοχή  Πρωκτός  Φαρυγγικός Βλεννογόνος  Άλλου:.....
- Δευτερογόνος Σύφιλη:**  
 Εξάνθημα  
 Λεμφαδενοπάθεια  
 Πλατέα κονδυλώματα  
 Ενάνθημα  
 Άλλο.....
- Νευροσύφιλη – Προσβολή οφθαλμικού ή ακουστικού ν.**
- Τριτογόνος, παρακαλώ προσδιορίστε:**.....

Εάν ΟΧΙ:

- Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφιλη (≤ 1 έτους)**
- Όψιμη Λανθάνουσα (≥ 1 έτους)**
- Άγνωστης διάρκειας**

Ημερομηνία δειγματοληψίας...../...../.....  Λήψη αίματος**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ****► ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ** ΟΧΙ  ΝΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ .....Ανίχνευση του *T. Pallidum*:  Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου  Άμεσος ανοσοφθορισμός  PCR  Άλλο:.....**Διπλός Ορολογικός Έλεγχος**

Ειδική τρεπονημική δοκιμασία (TPPA, TRHA, FTA Abs, EIA, CLIA, ELISA)

**ΚΑΙ**

Μη ειδική τρεπονημική δοκιμασία (VDRL, RPR) ή

Δεύτερη ειδική τρεπονημική δοκιμασία

.....

Παρακαλώ προσδιορίστε

 APN  ΘΕΤ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

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

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή &amp; Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

E-mail επικοινωνίας: .....

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ****ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**Κατάταξη  
Κρούσματος:

- Επιβεβαιωμένο
- Πιθανό
- Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....