

**ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΡΙΠΗΣ Ή ΑΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

Πληροφορίες για τα εργαστήρια:
Εθν. Εργ. Αναφ. Νοτ. Ελλάδα: 210-64 78 822
Εθν. Εργ. Αναφ. Βορ. Ελλάδα: 2310-999 101/ 169

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Γιατρός (ον/μο):		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
◆ Τηλ:		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Ρινικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Φαρυγγικό επίχρισμα	<input type="checkbox"/> Φαρυγγικό έκπλυμα <input type="checkbox"/> Άλλο, Τι;.....	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
◆ Ημ/νία λήψης δείγματος:	____/____/____		____/____/____
◆ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ: ▶ <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:** ◆ **Α.Μ.Κ.Α.:**
- ◆ **Ηλικία:** ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0 ")
- ◆ **Φύλο:** Άνδρας/αγόρι Γυναίκα/κορίτσι
- ◆ **Κατοικία:** • Περιφερειακή Ενότητα: • Πόλη/χωριό

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

◆ Επαφή με άτομα που έχουν εμφανίσει εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Τι;
◆ Ανήκει σε συρροή εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος; (πχ εργασία, σχολείο κλπ.)	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Τι;
◆ Επαφή με άγρια ή οικόσιτα ζώα ή πτηνά μέχρι και 7 μέρες πριν την έναρξη συμπτωμάτων;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Τι;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

◆ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	____/____/____
◆ Εμβολιασμός για γρίπη κατά τη φετινή περίοδο (δηλ. από τελευταίο Σεπτέμβριο):	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Πότε; (ημ/νία)
◆ Λαμβάνει αντιική αγωγή:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Τι;

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

• Πυρετός	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Μέγιστος πυρετός:..... °C
• Βήχας / πονόλαιμος / καταρροή	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Μυαλγίες <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• Αναπνευστική δυσχέρεια	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Άλλο
• Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ.. Τι;		
• Επιπλοκές	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> Τι;

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ / ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

• Εγκυμοσύνη	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Διαβήτης	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• ΧΑΠ / Άσθμα	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Στεφανιαία νόσος	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• Παχυσαρκία	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Άλλο χρόνια νόσημα	
• Καρκίνος	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο: Κεν. Αν. Νοτ. Ελλάδα Κεν. Αν. Βορ. Ελλάδα Άλλο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ανίχνευση ιού γρίπης;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> Ταυτοποίηση
- Ανίχνευση άλλου ιού;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> Τι;