



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ : ΠΕΔΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΠΕΔΥ
ΚΡΗΤΗΣ

Καθηγήτρια. Άννα Ψαρουλάκη



Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Ταχ. Διεύθυνση:

Ταχ. Κώδικας:

Τηλέφ.:

Τηλεομοιοτυπία / fax:

Ηλεκ. Διεύθυνση / e-

mail:

Πληροφορίες:

Αρ. πρωτ. Εργαστηρίου:

Σταυράκια Βούτες, Ηράκλειο

71500

2810394624

2810394740

pedykritis@eody.gov.gr

Ψαρουλάκη Άννα

ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΕΓΕΩΝΕΛΛΩΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
Όνομα	Νοσοκομείο
Επώνυμο	Κλινική
Φύλο ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	Εγκυμοσύνη ☐ Όχι ☐ Ναι (εβδομάδες) ____
Ηλικία	Ημ/ία εισαγωγής ____/____/____
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	
☐ Ορός ☐ Ολικό αίμα ☐ Ούρα ☐ Βρογχικό έκπλυμα	Ημ/ία συλλογής ____/____/____
Άλλο (προσδιορίστε):	
ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	
IFA* ☐ <i>Legionella pneumophila</i>	
ELISA** ☐ <i>Legionella pneumophila</i>	
PCR/Real-time PCR** ☐ <i>Legionella pneumophila</i> ☐ <i>Legionella sp</i>	
SBT (Τυποποίηση με βάση 7 γονίδια)** ☐ <i>Legionella pneumophila</i>	
Καλλιέργεια ☐ <i>Legionella pneumophila</i> ☐ <i>Legionella sp</i>	
ΚΛΙΝΙΚΑ/ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	
Ταξίδι στο εξωτερικό τις τελευταίες 21 ημέρες ☐ Όχι ☐ Ναι (προσδιορίστε χώρα)	☐ Πυρετός Έως (°C): ____ Ημέρες: ____
☐ Διαμονή σε ξενοδοχείο ☐ Επαφή με στάσιμα νερά	☐ Πονοκέφαλος ☐ Μυαλγία ☐ Κόπωση ☐ Βήχας
Άλλο:	☐ Ρίγος ☐ Ανορεξία ☐ Διάρροια ☐ Έμετος
	☐ Ενδοκαρδίτιδα ☐ Πνευμονία ☐ Συμπτώματα ΚΝΣ
Επάγγελμα/απασχόληση: _____	Άλλες κλινικές εκδηλώσεις:
Τόπος διαμονής	
☐ Αγροτοκτηνοτροφική ☐ Αστική ☐ Ημιαστική	
Χορηγούμενη θεραπεία:	
Έναρξη αγωγής: ____/____/____	



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ : ΠΕΔΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΠΕΔΥ

ΚΡΗΤΗΣ

Καθηγήτρια. Άννα Ψαρουλάκη



Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Ταχ. Διεύθυνση:

Ταχ. Κώδικας:

Τηλέφ.:

Τηλεομοιοτυπία / fax:

Ηλεκ. Διεύθυνση / e-

mail:

Πληροφορίες:

Αρ. πρωτ. Εργαστηρίου:

Σταυράκια Βούτες, Ηράκλειο

71500

2810394624

2810394740

pedykritis@eody.gov.gr

Ψαρουλάκη Άννα

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ		
Όν/μο	Υπογραφή	Ημ/ία ____/____/____
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ* (υποχρεωτικά)		
Τηλ:	Φαξ*:	e-mail:

*: Μη ειδική εξέταση. **: Ειδική εξέταση.