

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

Πληροφορίες για τα εργαστήρια:
Εθν. Εργ. Αναφ. Νοτ. Ελλάδας: 210-64 78 822
Εθν. Εργ. Αναφ. Βορ. Ελλάδας: 2310-999 169 / 031

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Ιατρός (ον/μο):		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
◆ Τηλ:		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Δείγμα:	☐ Ρινικό επίχρισμα ☐ Φαρυγγικό επίχρισμα	☐ Φαρυγγικό έκπλυμα ☐ Οφθαλμικό επίχρισμα ☐ Άλλο, Τι;	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ____ / ____ / ____
◆ Ημ/νία λήψης δείγματος:		____ / ____ / ____	
◆ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ: ☐ Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. ☐ εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ☐ 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 πτηνά, μινκ, χοίρους ή άγρια ζώα μέχρι και 10 μέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Περιγράψτε: Σε ποια Περ. Ενότητα;
◆ Ανήκει σε συρροή εκτός οικογενιακού περιβάλλοντος; (πχ εργασία, σχολείο κλπ.);	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Τι;
◆ Επαφή με άτομα που έχουν εμφανίσει εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής;	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Τι;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

◆ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	____ / ____ / ____
◆ Εμβολιασμός για γρίπη κατά τη φετινή περίοδο (δηλ. από τελευταίο Σεπτέμβριο):	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Πότε; (ημ/νία)
◆ Λαμβάνει αντιιική αγωγή:	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ Τι;

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

• Πυρετός ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Μέγιστος πυρετός: °C
• Βήχας / πονόλαιμος / καταρροή ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	• Μυαλγίες ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
• Αναπνευστική δυσχέρεια ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	• Επιπεφυκτίδα ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
• Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. Τι;	

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ / ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

• Εγκυμοσύνη ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	• Σακχαρώδης διαβήτης ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
• ΧΑΠ / Άσθμα ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	• Καρδιαγγειακή νόσος ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ
• Παχυσαρκία ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Άλλο χρόνιο νόσημα
• Καρκίνος ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο: ☐ Κεν. Αν. Νοτ. Ελλάδας ☐ Κεν. Αν. Βορ. Ελλάδας ☐ Άλλο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ανίχνευση ιού γρίπης: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Ταυτοποίηση
- Ανίχνευση άλλου ιού: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ Τι;