

Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς εργαστήρια για έλεγχο λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου

Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς
Αρμποϊών και Αιμορραγικών Πυρετών, ΑΠΘ:
2310 999 151, 2310 999 062, 2310 999 062

Για πληροφορίες από Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ:
Γραμματεία: 210 647 8804, 210 647 8806
Τεχνικός Υπεύθυνος: 210 647 8822, 210 647 8819

Για πληροφορίες από Εργαστήριο Μικροβιολογίας,
Ιατρική Σχολή Αθήνας:
210 7462140, 210 7462133

Για πληροφορίες από Εργαστήριο Κλινικής
Ιολογίας, Ιατρική Σχολή Κρήτης - ΠΑΓΝΗ:
2810 394 872

► Μονάδα Υγείας:

► Όν/μο θεράποντα ιατρού:

► Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:

► Email για αποστολή αποτελεσμάτων:

► Υπογραφή (& σφραγίδα):

- Δείγμα: ☐ ορός
☐ ολικό αίμα
☐ ΕΝΥ
☐ ούρα
☐ Άλλο → Τι;

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:

A.A στο εργαστήριο:

Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

► Επώνυμο:

► Όνομα:

► Ηλικία: _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)

► Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

► Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:

Πόλη/χωριό:

► Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

► Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____

► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____

► Ειδική κατάσταση: ☐ Σε ανοσοκαταστολή ☐ Εγκυμοσύνη εβδομάδων ☐ Νεογνό

► Υποκείμενα νοσήματα:

► Εκδηλώσεις: ☐ Εγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Οξεία Χαλαρή Παράλυση
☐ Πυρετός ☐ Εξάνθημα ☐ Κεφαλαλγία ☐ Μυαλγίες /Αρθραλγίες
☐ Άλλο:

► Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Ακόμη ασθενής ☐ Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

----- Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο -----

Ανίχνευση ιού του Δυτικού Νείλου; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →

Ανίχνευση άλλου ιού; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ →