



Ε. ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ HIV+ ΑΤΟΜΟΥ

Ημερομηνία δήλωσης / /

Ημέρα Μήνας Έτος

Ημερομηνία θανάτου / /

Ημέρα Μήνας Έτος

Αρχικά ασθενή (επώνυμο, όνομα) /

(Χρησιμοποιήστε μόνο τα δύο πρώτα γράμματα από το επώνυμο και στη συνέχεια τα δύο πρώτα γράμματα από το όνομα του ασθενή)

Ημερομηνία γέννησης / /

Ημέρα Μήνας Έτος

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Διεμφυλικό άτομο ☐

Κωδικός αριθμός θεραπείας (Κ.Α.) _____

Τρέχον στάδιο HIV λοίμωξης

A1 ☐ A2 ☐ A3 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3 ☐

(Εάν ο ασθενής ανήκει στην Κατηγορία C ελέγξτε εάν έχει συμπληρωθεί το αντίστοιχο Δελτίο)

Θάνατος σχετιζόμενος με τον HIV	Θάνατος ΜΗ σχετιζόμενος με τον HIV	Άγνωστο
---------------------------------------	--	---------

Άμεση αιτία θανάτου

Οφειλόμενη σε

Μονάδα υγείας

Κλινική

Όνομ/μο επαγ. υγείας

Υπογραφή & Σφραγίδα