



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ.: 210 8817472
e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ (NEISSERIA GONORRHOEAE)

► Ημερομηνία δήλωσης:/...../.....

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ/ ΙΔΙΩΤΗΣ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρείο ΣΜΝ | <input type="checkbox"/> Δερματολογική / | <input type="checkbox"/> Μονάδα Λοιμώξεων | <input type="checkbox"/> Εργαστηριακός Τομέας |
| <input type="checkbox"/> Γυναικολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Αφροδισιολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Μαιευτική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άλλο |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού | | |

ΑΣΘΕΝΗΣ : ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης:/...../.....

Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

Ελλάδα

Αλλού.....

► Εθνικότητα:

Ελληνική

Άλλη

► Χώρα:.....

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ/ Η:

► Είναι:

Μετανάστης

Ταξιδιώτης

Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ, σε Ελλάδα από (έτος):

Τόπος κατοικίας: ► Νομός:

► Πόλη/ Χωριό:

ΛΟΓΟΣ/ ΛΟΓΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Παρουσία Συμπτωμάτων | <input type="checkbox"/> Προληπτικός έλεγχος |
| <input type="checkbox"/> Περιοδικός Προληπτικός Έλεγχος/ Ετήσιος Έλεγχος | <input type="checkbox"/> Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ) |
| <input type="checkbox"/> Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ: | <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Σύφιλη <input type="checkbox"/> Χλαμυδιακή Λοίμωξη <input type="checkbox"/> HPV Λοίμωξη <input type="checkbox"/> Ερπητική Λοίμωξη <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C |
| <input type="checkbox"/> Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος | <input type="checkbox"/> Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου |
| <input type="checkbox"/> Θύμα trafficking | <input type="checkbox"/> Άλλοι λόγοι, καθορίστε..... |

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ετεροφυλοφιλική επαφή |
| <input type="checkbox"/> Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άνδρες |
| <input type="checkbox"/> Κάθετη μετάδοση |
| <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Άλλο, καθορίστε..... |

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

Ελλάδα

Αλλού στην Ευρώπη

Άγνωστο

Εκτός Ευρώπης:.....

Εκδιδόμενο άτομο:

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αναφερομένη επαφή με εκδιδόμενο άτομο :

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων το τελευταίο εξάμηνο:.....

Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

1. HIV status (πριν την επίσκεψη) Θετικό Αρνητικό Άγνωστο **Αν θετικό:** Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) Γνωστό θετικό
2. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για υπόλοιπα ΣΜΝ:
 HIV Σύφιλη Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Σύφιλη Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... Άγνωστο
- Εάν ναι, ποια:
 Ουρηθρίτιδα Επιδιδυμίτιδα Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
 Οξεία Σαλπινγίτιδα Τραχηλίτιδα Φαρυγγίτιδα
 Νεογέννητο με επιτεφυκίτιδα Πρωκτίτιδα Αρθρίτιδα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....
Σημείο δειγματοληψίας:
 Γεννητικά όργανα Πρωκτός Στοματική Κοιλότητα Οφθαλμός Ούρα Άλλο:.....
- Ημερομηνία διάγνωσης:...../...../.....

- Απομόνωση Neisseria gonorrhoeae από κλινικό δείγμα με καλλιέργεια ΑΡΝ ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
- Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα (nucleic acid amplification test -NAAT) ΕΡΝ ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
- Απόδειξη της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με ανιχνευτή μη ενισχυμένου νουκλεϊκού οξέος ΑΡΝ ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
- Μικροσκοπική ανίχνευση αρνητικών κατά Gram ενδοκυτταρικών διπλόκοκκων σε ουρηθρικό επίχρισμα από άρρενα (Gram χρώση) ΑΡΝ ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
- ΆΛΛΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΆΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΝΑΙ ΟΧΙ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ, ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

Ημερομηνία διάγνωσης:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση:.....

Ειδικότητα:.....
Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... E-mail επικοινωνίας:.....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη Κρούσματος:

- Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό
 Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....