



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](mailto: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 ΣΥΦΙΛΗ (TREPONEMA PALLIDUM)

► 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"/> Αιμοδοσία            |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού    | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο              |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο        | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού         | <input type="checkbox"/> Άλλο.....          |   |

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

- Άνδρας  Γυναίκα  Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης: ...../...../.....

Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

- Ελλάδα  Άλλου:.....

► 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:

- Παρουσία Συμπτωμάτων
- Προληπτικός έλεγχος
- Περιοδικός Προληπτικός Έλεγχος/ Ετήσιος Έλεγχος
- Σύντροφος άτομο που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
- Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
- HIV  Γονόρροια  Χλαμυδιακή Λοίμωξη  HPV Λοίμωξη  Ερπητική Λοίμωξη  Ηπατίτιδα Β  Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος
- Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου
- Θύμα trafficking
- Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών
- Έλεγχος Αιμοδότη
- Άλλοι λόγοι, (παρακαλώ καθορίστε).....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άντρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, (παρακαλώ καθορίστε).....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

- Ελλάδα  Άλλου 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 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ 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  Γονόρροια  Χλαμυδιακή Λοίμωξη  
 Ερπητική Λοίμωξη  Ηπατίτιδα Β  Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:  
 HIV  Γονόρροια  Χλαμυδιακή Λοίμωξη  
 Ερπητική Λοίμωξη  Ηπατίτιδα Β  Ηπατίτιδα C  
 HPV Λοίμωξη

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

- Εμφανίζει συμπτώματα  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ...../...../.....  ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ποια:
- Πρωτογόνος Σύφιλη\***: Συφιλιδικό έλκος  
Εντόπιση:  Γεννητική περιοχή  Πρωκτός  Φαρυγγικός Βλεννογόνος  Άλλου:.....
  - Δευτερογόνος Σύφιλη\***:
    - Διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα
    - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
    - Πλατέα κονδυλώματα
    - Εξάνθημα
    - Διάχυτη αλωπεκία
  - Τριτογόνος, παρακαλώ προσδιορίστε:**..... Εάν ΟΧΙ ποια:.....
  - Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφιλη (≤ 1 έτους)\***
  - Ώσιμη Λανθάνουσα (≥ 1 έτους) (απουσία συμπτωμάτων)**
  - Άγνωστο \*πρώιμη σύφιλη**

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....  Λήψη αίματος
- Σε περίπτωση λήψης δείγματος για εξέταση με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου, παρακαλώ προσδιορίστε σημείο δειγματοληψίας:
- Γεννητικά όργανα  Πρωκτός  Φάρυγγας
  - Στοματική κοιλότητα  Άλλο: .....

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΠΡΩΙΜΗ ΣΥΦΙΛΗ**

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....
- ▶ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ
- ΝΑΙ  ΟΧΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ .....

Ανίχνευση T. Pallidum με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου σε υλικό από υγρή βλάβη δέρματος ή βλεννογόνου  APN  ΘΕΤ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ορολογικός Έλεγχος: Ανίχνευση μη ειδικών τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία VDRL ή RPR **ΚΑΙ** ανίχνευση τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία ανίχνευσης (TRHA, TRPA, EIA ολική, FTA. Abs ολικό) **ΚΑΙ** πρόσθετη ανίχνευση αντισωμάτων Tr-IgM (με IgM ELISA, Western blot IgM ή IgM FTA-Abs) επιβεβαιωμένη με 2<sup>η</sup> Δοκιμή IgM.  APN  ΘΕΤ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

.....  
Παρακαλώ προσδιορίστε

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:  
.....  
.....

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ**

Διαγνωστικά ευρήματα:  
.....  
.....

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:.....