ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ
(για έλεγχο λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου)

Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς ΑΠΘ: 2310. 999 006 και 2310.999 151 / 6945708450	**Για πληροφορίες από Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ:** 210. 6478 819 / 210. 6478 817	**Για πληροφορίες από Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρικής Σχολής Αθήνας:** 210. 746 2011 / 210. 746 2133 / 210. 746 2140

Για την Περιφέρεια Κρήτης: Για πληροφορίες από Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης - ΠΑΓΝΗ: Γ. Σουρβίνος: 2810. 392 814 / 2810. 392 842

(Συμπληρώνεται από τη Μονάδα Υγείας)

▶ **Μονάδα Υγείας:** .	
▶ **Όν/μο θεράποντα ιατρού:**	
▶ **Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:**	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ **Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων:**	

▶ Δείγμα ☐ ορός ☐ ΕΝΥ ☐ Άλλο ➔ Τι ;	***Συμπληρώνεται από το εργαστήριο***
	Εβδομάδα
	Α.Α 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:**	

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 ☐ Νεογνό (<28ημερών)	
▶ **Υποκείμενα νοσήματα:**	
▶ **Εκδηλώσεις:** ☐ Εγκεφαλίτιδα ☐ Μηνιγγίτιδα ☐ Οξεία Χαλαρή Παράλυση ☐ Εξάνθημα➔ περιγράψτε…… ☐ Άλλο ➔ περιγράψτε ……	
▶ **Ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά**:	
▶ **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 ➔