

Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος για έλεγχο αντισωμάτων μετά από αντιλυσσικό εμβολιασμό

----- Συμπληρώνεται από τη Μονάδα Υγείας -----

▶ Μονάδα Υγείας:	
▶ Ον/μο ιατρού:	
▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ & ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:	▶ <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
▶ Ηλικία: _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)	▶ Τηλ: _____	
▶ Κατοικία	▶ Περιφερ. Ενότητα:	▶ Πόλη/χωριό:
▶ Ιδιότητα ή Υπηρεσία όπου εργάζεται:		
▶ Περιφερ. Ενότητα Έδρας Υπηρεσίας:		
▶ Υποκείμενα νοσήματα:		
▶ Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Σε ανοσοκαταστολή / ανοσοανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> Ουδέν γνωστό		
Εάν ανοσοκαταστολή / ανοσοανεπάρκεια ή εγκυμοσύνη περιγράψτε:		

ΑΡΧΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΑΝΤΙΛΥΣΣΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

▶ Ημ/νία 1 ^{ης} δόσης: ___/___/_____	▶ Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____
▶ Αρ. παρτίδας (lot#): _____	▶ Διεύθυνση Υγείας ή Νοσ/μείο: _____
▶ Ημ/νία 2 ^{ης} δόσης: ___/___/_____	▶ Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____
▶ Αρ. παρτίδας (lot#): _____	▶ Διεύθυνση Υγείας ή Νοσ/μείο: _____
▶ Ημ/νία 3 ^{ης} δόσης: ___/___/_____	▶ Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____
▶ Αρ. παρτίδας (lot#): _____	▶ Διεύθυνση Υγείας ή Νοσ/μείο: _____
▶ Αν χορηγήθηκαν και επιπλέον δόσεις (εμβολιασμός μετά από έκθεση) σημειώσατε ημερομηνίες:	
▶ 4 ^η δόση ___/___/_____	▶ 5 ^η δόση ___/___/_____
Χορηγήθηκε και αντιλυσσικός ορός; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____	
Αν Ναι, ημ/νία χορήγησης ___/___/_____ & χορηγήθηκαν ml ή I.U. ορού	

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ & ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

▶ Δειγματοληψία	▶ Ημ/νία λήψης δείγματος ορού: ___/___/_____
▶ Ημ/νία 1 ^{ης} αναμνηστικής δόσης: ___/___/_____	▶ Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____
▶ Αρ. παρτίδας (lot#): _____	▶ Διεύθυνση Υγείας ή Νοσ/μείο: _____
▶ Ημ/νία 2 ^{ης} αναμνηστικής δόσης: ___/___/_____	▶ Ανατομική περιοχή χορήγησης: _____
▶ Αρ. παρτίδας (lot#): _____	▶ Διεύθυνση Υγείας ή Νοσ/μείο: _____
▶ Ημερομηνίες τυχόν επιπλέον αναμνηστικών δόσεων: 3 ^{ης} ___/___/_____ 4 ^{ης} ___/___/_____	

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

▶ Έλεγχος αντισωμάτων κατά λύσσας	▶ Ημ/νία ολοκλήρωσης ελέγχου ___/___/_____	▶ Τίτλος αντισωμάτων: _____
-----------------------------------	--	-----------------------------