

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
► Γιατρός (ον/μο):		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
► Τηλ:		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
► Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Στοματοφαρυγγικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Πτύελα <input type="checkbox"/> Υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης	<input type="checkbox"/> Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα <input type="checkbox"/> Ορός <input type="checkbox"/> Άλλο, τί;	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
► Ημ/νία λήψης δείγματος:	___/___/___		___/___/___
► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		
EAN ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ: ►	<input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. <input type="checkbox"/> εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής <input type="checkbox"/> νοσηλεία σε θάλαμο		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Επώνυμο: ► Όνομα:
- Ηλικία: ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0")
- Φύλο: Άνδρας/αγόρι Γυναίκα/κορίτσι
- Κατοικία: • Νομός: • Πόλη/χωριό:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	___/___/___	<input type="checkbox"/> ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
<input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Δύσπνοια <input type="checkbox"/> Φαρυγγαλγία <input type="checkbox"/> Καταρροή <input type="checkbox"/> Καταβολή <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Θωρακαλγία		
<input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Ευερεθιστότητα/σύγχυση <input type="checkbox"/> Ναυτία/έμετος <input type="checkbox"/> Διάρροια <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/> Άλλο, ποιο;		

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΟΝΑΪΟ 2019-nCoV ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Η ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΑΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ)

Στενή επαφή με πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης από 2019-nCoV:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο
Ιστορικό ταξιδιού ή διαμονής σε περιοχή όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση του 2019-nCoV στην κοινότητα ¹	► Αν ναι: Ημ/νία άφιξης στην περιοχή: ___/___/___ Ημ/νία αναχ/σης από την περιοχή: ___/___/___
<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο <input type="checkbox"/> Ποιά περιοχή;	
Εργασία ή επίσκεψη σε δομή παροχής φροντίδας υγείας όπου αντιμετωπίζονταν ασθενείς με λοίμωξη από 2019-nCoV:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Άγνωστο

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

<input type="checkbox"/> Κύηση (τρίμηνο: ...) <input type="checkbox"/> Λοχεία (<6 εβδ) <input type="checkbox"/> Νόσημα καρδιαγγειακού <input type="checkbox"/> Ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος <input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος
<input type="checkbox"/> Σακχ. Διαβήτης <input type="checkbox"/> Κακοήθης νόσος <input type="checkbox"/> Χρόνια αναπνευστική νόσος <input type="checkbox"/> Χρόνια νευρολογική νευρομυϊκή νόσος
<input type="checkbox"/> Άλλο:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

RT-PCR για 2019-nCoV; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	Έλεγχος αντισωμάτων έναντι 2019-nCoV; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ
Ανίχνευση άλλου παθογόνου αιτίου πνευμονίας της κοινότητας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	► Παθογόνο:

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο: Μικρ. Εργ. Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ Β' Εργ. Μικροβιολογίας ΑΠΘ Εργ. Ε.Κ.Π.Α Άλλο

¹ Επικαιροποιημένος κατάλογος των περιοχών όπου θεωρείται ότι υπάρχει συνεχιζόμενη μετάδοση στην κοινότητα είναι διαθέσιμος στον σύνδεσμο <https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoing-community-transmission-2019-ncov>