



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γραμμογραφημένος κώδικας

(barcode)

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ HIV 1/2 (για όλες τις δομές υγείας/ τις φυλακές/τα κέντρα κράτησης)**

Στοιχεία εξεταζομένου (όπως αυτά προκύπτουν από τα έγγραφα ταυτοποίησης)

ΑΡΧΙΚΑ ΕΠ/ΟΝ:   /   ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ΗΛΙΚΙΑ (συμπληρώνεται μόνο αν η εξέταση είναι ανώνυμη):.....

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ  ΘΗΛΥ  ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ  ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: \_\_\_\_\_ ΈΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: \_\_\_\_\_ ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: \_\_\_\_\_

**Λόγος Εξέτασης**

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

(Άτομο με συμπτώματα)

**ΆΛΛΟΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ**

- Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού .....
- Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού.....
- Κοινή χρήση βελονών/συριγγών ή άλλων εξαρτημάτων (Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών).....
- Δότης αίματος/παραγώνων αίματος .....
- Δότης ιστών/οργάνων .....
- Πολυμεταγγιζόμενο/αιμοκαθαρόμενο άτομο .....
- Νόμιμα εκδιδόμενο άτομο .....

- Ασθενής με άλλο ΣΜΝ .....
- Σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλακτικό σε χώρες με υψηλό επιπολασμό (Υπ.Αφρική, Ασία) ή σε χώρες, στις οποίες επικρατεί ο ετεροφυλοφιλικός τρόπος μετάδοσης (χώρες Ανατολικής Ευρώπης) ή με σεξουαλικούς συντρόφους που κατάγονται από τις χώρες αυτές.....
- Ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης .....
- Θύμα σεξ. Κακοποίησης/Trafficking .....
- Άλλος(αναφέρετε) .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΙΘΑΝΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΝ HIV: < 3 μηνών  >3 μηνών

Έχει λάβει κάποια από τις παρακάτω αγωγές τους τελευταίους 6 μήνες:

προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή πριν από πιθανή έκθεση (PrEP): ΝΑΙ  ΟΧΙ

προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή μετά από πιθανή έκθεση (PEP): ΝΑΙ  ΟΧΙ

Στοιχεία βιολογικού δείγματος (συμπληρώνεται από τον ιατρό της δομής, στην περίπτωση που υπάρχει η δυνατότητα αιμοληψίας)

Ημ/νία λήψης δείγματος αρχικού HIV ελέγχου \_\_/\_\_/\_\_\_\_, Ώρα λήψης:\_\_:\_\_

Είδος δείγματος \_\_\_\_\_ Παγωμένο

Ημ/νία παραλαβής δείγματος \_\_/\_\_/\_\_\_\_, Ώρα παραλαβής:\_\_:\_\_

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο που παραλαμβάνει το δείγμα

Δείγμα ακατάλληλο , (λόγος) \_\_\_\_\_

**Αποτέλεσμα αρχικού ελέγχου με Rapid diagnostic test (RDT)**

Είδος RDT: Ab (ανίχνευση Ab HIV-1/2)  Ag/Ab (ανίχνευση Ab HIV-1/2 & Ag p24)

Αποτέλεσμα RTD: ΑΝΤΙΔΡΟΝ  ΜΗ ΑΝΤΙΔΡΟΝ

**Στοιχεία Ιατρού**

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Δομή Υγείας \_\_\_\_\_

Τηλ. \_\_\_\_\_ Ημ/νία αποστολής δείγματος \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Ηλεκτρ. διεύθυνση \_\_\_\_\_

Υπογραφή & Σφραγίδα