


**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ HIV(+) ΑΤΟΜΩΝ - ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ**
 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ HIV -1 RNA

 ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ HIV-1 ΣΕ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

(Προσδιορίστε τις περιοχές - γονίδια για την ανίχνευση μεταλλαγών)

 Πρωτεάση

 Αντίστροφη μεταγραφάση

 Ιντεγκράση

 ΜΟΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ

**Προσωπικά στοιχεία ατόμου**

Αρχικά ονοματεπώνυμου (ΕΠ/ΟΝ) \* \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Κωδικός αριθμός ΕΟΔΥ (ΚΑ για διαγνωσμένα άτομα) \* \_\_\_\_\_

Ημ/νία Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ) \* \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Φύλο (βιολογικό) \* \_\_\_\_\_ Εθνικότητα \* \_\_\_\_\_

 Για την **εξέταση νεογνού HIV(+) μητέρας**, συμπληρώστε επίσης:

Ημ/νία Γέννησης νεογνού (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ) \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Φύλο νεογνού \_\_\_\_\_

**Λόγος εξέτασης**
 ΑΡΧΙΚΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (νέος ασθενής)

 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

 ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ (προσδιορίστε): .....

**ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ  ΚΑΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ

Ιστορικό θεραπειάς (Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό σε περίπτωση ελέγχου αντοχής)

ΣΧΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ

**ΠΙΘΑΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ** (επιλέξτε παρακάτω)

- Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών  
 Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών (ΧΕΝ)  
 Λήψη παραγώγων αίματος/πλάσματος/οργάνων  
 Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή  
 Άλλη (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**Στοιχεία βιολ. δείγματος**

Ημ/νία λήψης βιολ. δείγματος \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Ώρα λήψης \_\_\_:\_\_\_ Είδος δείγματος \_\_\_\_\_

Ποσότητα (αρ. σωληναρίων/mL) \_\_\_\_\_

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο που παραλαμβάνει το δείγμα

Ημ/νία παραλαβής βιολ. δείγματος \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Ώρα παραλαβής \_\_\_:\_\_\_

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

Αρ. κρουσωληναρίων \_\_\_\_\_ Ποσότητα (mL) \_\_\_\_\_

**Στοιχεία παραπέμποντος ιατρού**

Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Μονάδα Υγείας \_\_\_\_\_

Τμήμα/Κλινική \_\_\_\_\_

Τηλ. \_\_\_\_\_ Ηλεκτρ. διεύθυνση \_\_\_\_\_

Ημ/νία παραπομπής βιολ. δείγματος \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Κινητό τηλέφωνο ιατρού (προαιρετικό) \_\_\_\_\_

 Υπογραφή & Σφραγίδα  
Ιατρού

 \* Συμπληρώνεται με τα στοιχεία του εξεταζόμενου ατόμου. Για τον **μοριακό έλεγχο κάθετης μετάδοσης** συμπληρώνονται τα στοιχεία της HIV(+) μητέρας.