

Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: ΟΝ: Φύλο: Α ☐ Θ ☐ Διεμφυλικό άτομο ☐

Ημερομηνία γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): / /

Εθνικότητα: Χώρα Γέννησης: Τόπος Διαμονής:

Εβδομάδα κύησης (κατά τη διάγνωση): - Ημ. άφιξης στην Ελλάδα (για αλλοδαπούς): / /

Υπηρεσία που έγινε η λήψη δείγματος

Κέντρο Αναφοράς & Ελέγχου AIDS, καθορίστε:	Ιδιωτική Δομή, καθορίστε:
Δημόσια Δομή, καθορίστε:	Φορέας Απεξάρτησης, καθορίστε:
Μ/Λοιμώξεων/ Εξ. Ιατρείο, καθορίστε:	Άλλη, καθορίστε:

Λόγος/οι Εξέτασης

Διαγνωστικός λόγος	Προγεννητικός έλεγχος
Σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη / ρήξη προφυλακτικού μεταξύ ανδρών	Επαγγελματική Έκθεση
Ετεροφυλοφιλική Σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη / ρήξη προφυλακτικού	Ασθενής με άλλο ΣΜΝ
Κοινή χρήση βελόνων /εξαρτημάτων	Θύμα Σεξ. Κακοποίησης/ Trafficking (κυκλώστε)
Ένταξη σε προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης	Σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη/ρήξη προφυλακτικού σε χώρες με υψηλό επιπολασμό ή με σεξουαλικούς συντρόφους που κατάγονται από τις χώρες αυτές
Δότης παραγ. αίματος, οργάνων, σπέρματος (Κυκλώστε)	Επιβεβαίωση γνωστής HIV οροθετικότητας από κέντρο του εξωτερικού. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΧΩΡΑ:
Πολυμεταγγιζόμενα/αιμοκαθαιρόμενα άτομα	Άλλος λόγος (αναφέρετε),
Εργαζόμενος/η στο σεξ	

Πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV

Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών με ρήξη/χωρίς προφυλακτικό	Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή
Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών (XEN)	Προέλευση από χώρα με γενικευμένη επιδημία
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (αν ναι, συμπληρώστε τη διπλανή στήλη)	Σεξουαλικός σύντροφος προερχόμενος/η από χώρα με γενικευμένη επιδημία
Λήψη παραγώγων αίματος/πλάσματος/οργάνων	Σεξ. Σύντροφος XEN
Κάθετη Μετάδοση	Σεξ. σύντροφος πολυμεταγγιζόμενος/η με παράγωγα αίματος / πλάσματος
Ακαθόριστος	Ισχυρή ένδειξη ετερ. μετάδοσης χωρίς άλλες πληροφορίες

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. αιμοληψίας δείγματος επιβεβαίωσης: / /

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης: HIV-1: ☐ HIV-2: ☐

Μέθοδος :WB ☐ Geenius ☐ InnoLIA ☐ PCR ☐ Άλλη μέθοδος, αναφέρετε:

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης / /

Στάδιο: Α ☐ Β ☐ C ☐ Πρωτολοίμωξη ☐

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΗ/ ΜΜ/ΕΕΕΕ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	
*Κ.Α. HIV+		
*Α. Α.		
*Συμπληρώνονται από τον Ε.Ο.Δ.Υ.		

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επ. υγείας:	
Μονάδα υγείας:	
Κλινική:	
Τηλέφωνο:	
Ημερομηνία Δήλωσης:	

Υπογραφή & Σφραγίδα: