

Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ AIDS

Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: / ΟΝ:

Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): / /

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Διεμφυλικό άτομο ☐

Εθνικότητα:

Χώρα Γέννησης:

Τόπος Διαμονής:

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

*Κ.Α. AIDS

*Κ.Α. HIV+

*Συμπληρώνονται από τον Ε.Ο.Δ.Υ.

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 (ΧΕΝ)	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 ΧΕΝ	
Κάθετη Μετάδοση	Σεξ. σύντροφος πολυμεταγγιζόμενος/η με παράγωγα αίματος / πλάσματος	
Ακαθόριστος	Ισχυρή ένδειξη ετερ. μετάδοσης χωρίς άλλες πληροφορίες	

Αρχικά Ασθενούς ΕΠ: / ΟΝ:

Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης στη/στο Μ.Λ./Ε.Ι.*: ____ / ____ / ____

*(πρώτη προγραμματισμένη επίσκεψη σε εξειδικευμένη δομή παρακολούθησης του HIV/AIDS μετά τη διάγνωση)
(ΜΛ: Μονάδα Λοιμώξεων / ΕΙ: Εξωτερικό Ιατρείο Παρακολούθησης HIV +ατόμων)

Νοσηλεύμενος ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. αιμοληψίας δείγματος επιβεβαίωσης: ____ / ____ / ____

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

Επιβεβαίωση με: WB ☐ Geenius ☐ InnoLIA ☐ PCR ☐ Άλλη μέθοδος, αναφέρετε:

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης ____ / ____ / ____

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης AIDS

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

ΝΟΣΟΙ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ AIDS	Διάγνωση		ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ
	Καθοριστική	Πιθανολογούμενη	
1.Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	☐		
2. Καντιντίαση οισοφάγου	☐	☐	
3. Κокκιδιοειδομύκωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	☐		
4. Κρυπτοκόκκωση εξωπνευμονική	☐		
5. Κρυπτοσποριδίαση με διάρροια (>1 μήνα)	☐		
6. Νόσος από μεγαλοκυτταροΐο (εκτός ήπατος, σπληνός, λεμφαδ)	☐		
7. Αμφιβληστροειδίτιδα από μεγαλοκυτταροΐο	☐	☐	
8. Απλός έρπης: έλκη (>1 μήνα), βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισο	☐		
9. Ιστοπλάσμωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	☐	☐	
10. Ισοσποριδίαση με διάρροια (>1 μήνα)	☐	☐	
11. Λοίμωξη οφειλόμενη σε μυκοβακτηρίδια (M. Avium complex ή M. Kansasii) διάσπαρτη η εξωπνευμονική	☐	☐	
12. Λοίμωξη από άλλα ή άτυπα μυκοβακτηρίδια , διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	☐	☐	
13. Πνευμονική φυματίωση*	☐	☐	
14. Εξωπνευμονική φυματίωση*	☐	☐	
15. Πνευμονία από Πνευμονοκύστη P. jirovecii	☐	☐	
16. Πνευμονία υποτροπιάζουσα σε διάστημα 12 μηνών	☐	☐	
17. Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	☐	☐	
18. Σηψαιμία υποτροπιάζουσα οφειλόμενη σε σαλμονέλλα (όχι ό typhi)	☐		
19. Εγκεφαλική Τοξοπλάσμωση	☐	☐	
20. Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας	☐		
21. Εγκεφαλοπάθεια οφειλόμενη στον HIV (Άνοια)	☐		
22. Σάρκωμα Kaposi	☐	☐	
23. Λέμφωμα Burkitt	☐		
24. Ανοσοβλαστικό λέμφωμα (ή αντίστοιχος όρος)	☐		
25. Πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου	☐		
26. Σύνδρομο απίσχνασης οφειλόμενο σε HIV λοίμωξη	☐		

* Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε το αντίστοιχο δελτίο φυματίωσης και το αποστείλετε στο Γραφείο Φυματίωσης (tb@eody.gov.gr/τηλ.2105212333)

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας:

Μονάδα υγείας:

Κλινική:

Τηλέφωνο:

Ημερομηνία Δήλωσης:

Υπογραφή & Σφραγίδα: