



## Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς εργαστήρια για έλεγχο λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου

Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς  
Αρμποϊών και Αιμορραγικών Πυρετών, ΑΠΘ:  
2310 999 006, 2310 999 151

Για πληροφορίες από Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ:  
Γραμματεία: 210 647 8817, 210 647 8804  
Τεχνικός Υπεύθυνος: 210 647 8819

Για πληροφορίες από Εργαστήριο Μικροβιολογίας,  
Ιατρική Σχολή Αθήνας:  
210 746 2011, 210 746 2133, 210 746 2140

Για πληροφορίες από Εργαστήριο Κλινικής  
Ιολογίας, Ιατρική Σχολή Κρήτης - ΠΑΓΝΗ:  
2810 392 814, 2810 392 842

▶ Μονάδα Υγείας:	
▶ Όν/μο θεράποντα ιατρού:	
▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων:	

▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ολικό αίμα <input type="checkbox"/> ΕΝΥ <input type="checkbox"/> ούρα <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι;	<b>Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:</b>
	A.A στο εργαστήριο:
	Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
▶ Ηλικία: _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)	▶ Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:	▶ Πόλη/χωριό:
▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής:	

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

▶ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	▶ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____
▶ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
EAN ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
▶ Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Σε ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη ..... εβδομάδων <input type="checkbox"/> Νεογνό	
▶ Υποκείμενα νοσήματα:	
▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Οξεία Χαλαρή Παράλυση <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Μυαλγίες /Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Άλλο: .....	
▶ Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

----- Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο -----

Ανίχνευση ιού του Δυτικού Νείλου;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση άλλου ιού;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →