****

**Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς εργαστήρια**

**για έλεγχο λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου**

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

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

**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:** ⬜ ορός  ⬜ ολικό αίμα ⬜ ΕΝΥ  ⬜ ούρα  ⬜ Άλλο **🡲** Τι;  | **Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:** |
| Α.Α στο εργαστήριο: |
| Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

|  |  |
| --- | --- |
|  ▶ **Επώνυμο:**  |  ▶ **Όνομα:**   |
| ▶ **Ηλικία:** ετών (*σε συμπληρωμένα έτη)* | ▶ **Φύλο:** ⬜ Άρρεν ⬜ Θήλυ |
| ▶ **Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:** |  **Πόλη/χωριό:** |
| ▶ **Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;**  ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲** **Χώρα καταγωγής:** |
| **ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ** |
| ▶ **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ **Ημ/νία λήψης δείγματος:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| ▶ **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;**  ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ |
|  ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: **►Νοσοκομείο:** | **🡲 Ημ/νία εισαγωγής:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| ▶ **Ειδική κατάσταση:** ⬜ Σε ανοσοκαταστολή ⬜ Εγκυμοσύνη …………… εβδομάδων ⬜ Νεογνό |
| ▶ **Υποκείμενα νοσήματα:** |
|  ▶ **Εκδηλώσεις:** ⬜ Εγκεφαλίτιδα⬜ Μηνιγγίτιδα ⬜ Οξεία Χαλαρή Παράλυση ⬜ Πυρετός ⬜ Εξάνθημα ⬜ Κεφαλαλγία ⬜ Μυαλγίες /Αρθραλγίες  ⬜ Άλλο: …………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ▶ **Έκβαση:** ⬜ Ίαση ⬜ Ακόμη ασθενής ⬜ Θάνατος **🡲** **Ημ/νία θανάτου:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
|  |

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ανίχνευση ιού του Δυτικού Νείλου; | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲** |  |
| Ανίχνευση άλλου ιού; | ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ **🡲** |