

**ΔΕΛΤΙΟ ΑΙΜΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ
ΝΕΙΛΟΥ**

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΥΡΕΤΟΥ Ή ΑΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ 15 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ

Στοιχεία Υπηρεσίας Αιμοδοσίας

Όνομα Υπηρεσίας Αιμοδοσίας:

Διευθυντής:

Διεύθυνση:

Τηλ.: Fax: E-mail:

Στοιχεία Μονάδων Θετικών για ΙΔΝ

Περίοδος Επιτήρησης	Αρ. Μονάδων Ελεγχθέντων για WNV- RNA	Αρ. Μονάδων Θετικών για WNV-RNA
1-15 Ιουλίου		
16-31 Ιουλίου		
1-15 Αυγούστου		
16-31 Αυγούστου		
1-15 Σεπτεμβρίου		
16-30 Σεπτεμβρίου		
1-15 Οκτωβρίου		
15-31 Οκτωβρίου		
1-15 Νοεμβρίου		
Σύνολο		

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΙΔΝ

Στοιχεία αιμοδότη

Αρχικά ονόματος
Φύλο: άνδρας γυναίκα
Ημερομηνία γέννησης:
Εθνικότητα:
Τόπος κατοικίας:

Κατηγορία αιμοδότη

-Εθελοντής
-Συγγενής
-Ενοπλ. δυνάμεων

Αιμοδοτική συχνότητα

-Πρώτη φορά
- > 1^η φορά

Ημερομηνία Αιμοδοσίας:

Ιστορικό Έκθεσης σε ΙΔΝ:

.....
.....
.....
.....

Γνωστοποίηση νόσησης εντός 15 ημερών μετά την αιμοδοσία

Νόσηση από τον ιό του Δυτικού Νείλου

Νόσηση από άλλη αιτία

Αν ναι περιγράψτε.....

Διάστημα από την αιμοδοσία μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων (ημέρες)

Συμπτώματα

Πυρετός Κακουχία Κεφαλαλγία Αρθραλγία Έμετοι

Λεμφαδενίτιδα Δυσκαμψία Αυχένα Μυαλγία

Εξάνθημα στον κορμό

Άλλο / Προσδιορίστε

.....

Εργαστηριακά ευρήματα **αρχικού δείγματος**

WNV-RNA	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>
Ολικά αντισώματα IgM	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>
Ολικά αντισώματα IgG	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>

Εργαστηριακά ευρήματα **δεύτερου δείγματος (μετά από πρόσκληση του αιμοδότη)**

WNV-RNA	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>
Ολικά αντισώματα IgM	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>
Ολικά αντισώματα IgG	Αρνητικό	<input type="checkbox"/>	Θετικό	<input type="checkbox"/>	Ημερ/νία ελέγχου	<input type="checkbox"/>

Τύχη παρασκευασθέντων προϊόντων (σε περίπτωση διάγνωσης ιού του Δυτικού Νείλου)

	Αρ. Μονάδος	Μετάγγιση*	Αποθήκευση**	Διάθεση σε άλλο Νοσοκομείο	Αχρήστευση
Ερυθρά	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλάσμα για μετάγγιση***	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια ολικού αίματος	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια αφαίρεσης	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενέργειες ανιχνευσιμότητας

*Σε περίπτωση μετάγγισης παρασκευασθέντος προϊόντος συνιστάται ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και παρακολούθηση του **λήπτη** για τυχόν ανεπιθύμητο σύμβαμα και σχετική διερεύνηση

**Σε περίπτωση μη μετάγγισης παρασκευασθέντος προϊόντος, αυτό δεσμεύεται και αποσύρεται από την κυκλοφορία

*** Τα παραπάνω δεν ισχύουν για το πλάσμα που αποστέλλονται στο ΕΚΠΠΑ με προορισμό την κλασματοποίηση

Σημείωση: Σε περίπτωση αμφιβόλων περιπτώσεων τα παρασκευασθέντα προϊόντα από τη μονάδα ολικού αίματος ή τη μονάδα αφαίρεσης δεσμεύονται και αποσύρονται από την κυκλοφορία

Ορολογικός έλεγχος για αντι- WNV IgM και αντι- WNV IgG αντισώματα εκτελείται από το **Κέντρο Αναφοράς Αρμποιων και Αιμορραγικών Πυρετών Α΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Παν. Θεσσαλονίκης** Αν.Καθ.κα.Α.Παπά,τηλ. (2310999020,2310999006) και από το **Εργαστήριο Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών** (καθ. κος Α. Τσακρής, Μικράς Ασίας 75, Αθήνα, Τηλ. 2107462011)

Παρατηρήσεις: