

**ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΡΙΠΗΣ Ή ΆΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

Πληροφορίες για τα εργαστήρια:
Εθν. Εργ. Αναφ. Νοτ. Ελλάδας: 210-64 78 822
Εθν. Εργ. Αναφ. Βορ. Ελλάδας: 2310-999 101/ 169

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Γιατρός (ον/μο):		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
◆ Τηλ:		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Ρινικό επίχρισμα <input type="checkbox"/> Φαρυγγικό επίχρισμα	<input type="checkbox"/> Φαρυγγικό έκπλυμα <input type="checkbox"/> Άλλο, Τι:	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ____ / ____ / ____
◆ Ημ/νία λήψης δείγματος:	____ / ____ / ____		
◆ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ: ▶ <input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. <input type="checkbox"/> εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής <input type="checkbox"/> νοσηλεία σε θάλαμο		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

◆ **Επώνυμο:** ◆ **Όνομα:** ◆ **Α.Μ.Κ.Α.:**

◆ **Ηλικία:** ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0 ")

◆ **Φύλο:** Άνδρας/αγόρι Γυναίκα/κορίτσι

◆ **Κατοικία:** • **Νομός:** • **Πόλη/χωριό:**

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

• **Επαφή με άτομο/α που έχουν εμφανίσει εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής;** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Τι επαφή /σχέση;**

• **Ανήκει σε συρροή εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος; (πχ εργασία, σχολείο κλπ);** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Τι;**

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

◆ **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** ____ / ____ / ____

◆ **Εμβολιασμός για γρίπη κατά τη φετινή περίοδο (δηλ. από τελευταίο Σεπτέμβριο):** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Πότε;** (ημ/νία)

◆ **Λαμβάνει αντιική αγωγή:** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Τι;**

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

• **Πυρετός** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Μέγιστος πυρετός:** °C

• **Βήχας / πονόλαιμος / καταρροή** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Αναπνευστική δυσχέρεια** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Επιπλοκές** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Τι;**

• **Μυαλγίες** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Άλλο**

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ / ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

• **Εγκυμοσύνη** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **ΧΑΠ / Άσθμα** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Παχυσαρκία** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Καρκίνος** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Διαβήτης** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Στεφανιαία νόσος** ΟΧΙ ΝΑΙ

• **Άλλο χρόνια νόσημα**

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο: Κεν. Αν. Νοτ. Ελλάδας Κεν. Αν. Βορ. Ελλάδας Άλλο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- **Ανίχνευση ιού γρίπης;** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Ταυτοποίηση:**

- **Ανίχνευση άλλου ιού;** ΟΧΙ ΝΑΙ ▼ **Τι;**