

**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 ή περισσότερων 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:

**Επιτήρηση για την Πιθανή Μετάδοση του Ιού
του Δυτικού Νείλου (ΔΝ) με μετάγγιση προϊόντων αίματος
Πρωτόκολλο Ανιχνευσιμότητας και Αναδρομικού Ελέγχου
(Περίοδος 1 Ιουλίου – 15 Νοεμβρίου 2022)**

Στοιχεία Ασθενή

Αρχικά ονοματεπώνυμο /	Φύλο	Ημερομηνία γέννησης
Νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται :		
Ιστορικό μετάγγισης	στις ... /.../.....	
.....	στις ... /.../.....	
.....	στις ... /.../.....	

Ενέργειες

Παρακαλούμε να μας γνωρίσετε τα παρακάτω στοιχεία των μονάδων αίματος και προϊόντων αίματος που μεταγγίστηκαν στο Νοσοκομείο..... στην .../...

1. Μεταγγισθέντα προϊόντα αίματος

Ολικό αίμα Ερυθρά Πλάσμα Αιμοπετάλια

Κωδικός μονάδας	ΣΕ	Πλάσμα	Αιμοπετάλια	Ημερομηνία Αιμοδοσίας	Ημερομηνία μετάγγισης

2. Εργαστηριακά ευρήματα αρχικών δειγμάτων (δείγματα αρχείου)

Κωδικός μονάδας	WNV		Ολικά Αντισώματα IgM	
	Αρνητικό	Θετικό	Αρνητικό	Θετικό

3. Εργαστηριακά ευρήματα **νέων δειγμάτων** (μετά από πρόσκληση των αιμοδοτών)

Ημερομηνία Αιμοληψίας

WNV-RNA Αρνητικό Θετικό

Ολικά αντισώματα IgM Αρνητικό Θετικό

4. 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"/>

5. Παρακαλούμε να μας γνωρίσετε στοιχεία για τον τόπο κατοικίας και εργασίας των εμπλεκόμενων αιμοδοτών στο διάστημα 3-4 εβδομάδων προκειμένου να ενημερώσουμε το αρμόδιο γραφείο Νοσημάτων που μεταδίδονται με διαβιβαστές του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΕΟΔΥ

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

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε συνεργασία.

Ο Διευθυντής Αιμοδοσίας