# ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

*Πληροφορίες για τα εργαστήρια:*

Εθν. Εργ. Αναφ. Νοτ. Ελλάδας: 210-64 78 822

Εθν. Εργ. Αναφ. Βορ. Ελλάδας: 2310-999 101/ 169

**ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

# ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΡΙΠΗΣ Ή ΑΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ*** |
| **Μονάδα Υγείας:** |  | ΕΒΔOΜΑΔΑ  |  |
| * **Ιατρός (ον/μο):**
 |  |  Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ  |   |
| * **Τηλ:**
 |  |
| * **Δείγμα:**
 |  Ρινικό επίχρισμα  Φαρυγγικό επίχρισμα  |  Φαρυγγικό έκπλυμα  Οφθαλμικό επίχρισμα Άλλο, Τι;  | ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ  | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| * **Ημ/νία λήψης δείγματος:**
 | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| * **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ***ΝΑΙ***: **►** Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ.  εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής  νοσηλεία σε θάλαμο  |

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

 **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:** ● **Περιφερειακή Ενότητα:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ● **Πόλη/χωριό**

Ε Π Ι Δ Η Μ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **Επαφή με πτηνά, μινκ, χοίρους ή άγρια ζώα μέχρι και 10 μέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;**
 | ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | Περιγράψτε: ………………………………………………………………….. Σε ποια Περ. Ενότητα; ………………………………………………………….. |
| * Ανήκει σε συρροή εκτός οικογενειακού

περιβάλλοντος; (πχ. εργασία, σχολείο κλπ.); | ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | Τι;  |
| * Επαφή με άτομα που έχουν εμφανίσει εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής;
 |  ΟΧΙ |  ΝΑΙ  | Τι;  |

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α

|  |  |
| --- | --- |
| * Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:
 | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| * Εμβολιασμός για γρίπη κατά τη φετινή περίοδο (δηλ. από τελευταίο Σεπτέμβριο);
 |   ΟΧΙ  ΝΑΙ  |  Πότε;(ημ/νία)  |
| * Λαμβάνει αντιιική αγωγή;
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ **🡲 Τι;** |  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |

Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Α

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Πυρετός
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ Μέγιστος πυρετός: °C  |
| * Βήχας / πονόλαιμος / καταρροή
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | * Μυαλγίες  ΟΧΙ  ΝΑΙ
 |
| * Αναπνευστική δυσχέρεια
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | * **Επιπεφυκίτιδα**  ΟΧΙ  ΝΑΙ
 |
| * **Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. αγνώστου αιτιολογίας;**  ΟΧΙ  ΝΑΙ
 |  Τι ; …………………………………………………………………… |

Υ Π Ο Κ Ε Ι Μ Ε Ν Ε Σ Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ / Σ Υ Ν Ο Δ Ε Σ Κ Α Τ Α Σ Τ Α Σ Ε Ι Σ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Εγκυμοσύνη
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | * Σακχαρώδης διαβήτης
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  |
| * ΧΑΠ / Άσθμα
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  | * Καρδιαγγειακή νόσος
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  |
| * Παχυσαρκία
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  |  Άλλο χρόνιο νόσημα . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| * Καρκίνος
 |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ  |

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

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Ο Υ Ε Λ Ε Γ Χ Ο Υ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Ανίχνευση ιού γρίπης;  |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙΤαυτοποίηση  |
| - Ανίχνευση άλλου ιού;  |  ΟΧΙ  |  ΝΑΙ **Τι;** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |

11/2024

# ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Διεύθυνση Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Παρέμβασης για Λοιμώδη Νοσήματα**