# 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**