

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

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

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
◆ Ιατρός (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"/> Οφθαλμικό επίχρισμα <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: **◆ Ονομα:** **◆ 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

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

◆ Επαφή με πτηνά, μινκ, χοίρους ή άγρια ζώα μέχρι και 10 μέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Περιγράψτε:
◆ Ανήκει σε συρροή εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος; (πχ. εργασία, σχολείο κλπ.);	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Τι;
◆ Επαφή με άτομα που έχουν εμφανίσει εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> 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 αντιβιοτική αγωγή; ΟΧΙ ΝΑΙ Τι;

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

• Πυρετός <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Μέγιστος πυρετός: °C
• Βήχας / πονόλαιμος / καταρροή <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Μυαλγίες <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• Αναπνευστική δυσχέρεια <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Επιπεφυκτίδα <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. αγνώστου αιτιολογίας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Τι;	

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ / ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

• Εγκυμοσύνη <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Σακχαρώδης διαβήτης <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• ΧΑΠ / Άσθμα <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	• Καρδιαγγειακή νόσος <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
• Παχυσαρκία <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Άλλο χρόνια νόσημα
• Καρκίνος <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ανίχνευση ιού γρίπης; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Ταυτοποίηση
- Ανίχνευση άλλου ιού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ Τι;