ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ **Email:** skaem@eody.gov.gr

**ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τμήμα Συντονιστικού Κέντρου Αιμοεπαγρύπνησης **Τηλέφωνα:** 210-5212017,

και Επιτήρησης Μεταγγίσεων 210-5212080, 2105212417

Αγράφων 3-5, 151 23 Μαρούσι

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ**

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΙΔΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Υπηρεσία Αιμοδοσίας:** ………………………………………………
 | * **Διευθυντής / Υπεύθυνος Ιατρός:** ………………………………………………
 |
| * **Διεύθυνση:………………………………………………………………**
 | * **Περιφέρεια:…………………………………………….**
 |
| * **Πόλη:……………………………………………………………………**
 | * **ΥΠΕ** Επιλέξτε ένα στοιχείο.
 |
| * **Email:** ……………………………………………………………………….
 | * **Τηλέφωνα Επικοινωνίας:** …………………………………….
 |

**Στοιχεία Αιμοδότη**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Αρχικά Ονοματεπώνυμου: ………………** | **Φύλο:** Επιλέξτε ένα στοιχείο. | **Ημερ. Γέννησης: ……………………………** |
| **Εθνικότητα: …………………………………** | **Τόπος Γέννησης: …………………………** | **Τόπος Κατοικίας: ………………………….** |
| **Τόπος Εργασίας: ………………………………………** | **Εκπαίδευση:** Επιλέξτε ένα στοιχείο. |
| **Επάγγελμα: …………………………………………………………** | **Ομάδα Αίματος: …………………………..** |
| **Κατηγορία Αιμοδότη** | **Αιμοδοτική Συχνότητα** | **Ημερομηνία Αιμοδοσίας** |
| Επιλέξτε ένα στοιχείο. | Επιλέξτε ένα στοιχείο. | **…………………………………………..** |

**Ιστορικό Έκθεσης σε ΙΔΝ:**

Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Γνωστοποίηση νόσησης εντός 15 ημερών μετά την αιμοδοσία**

**Νόσηση από τον ιό του Δυτικού Νείλου**: [ ]

**Νόσηση από άλλη αιτία:** [ ]  **Αν ναι περιγράψτε:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Διάστημα από την αιμοδοσία μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων (ημέρες):** ……………………………………………………

**Κλινική Εικόνα - Συμπτώματα**

Πυρετός [ ]  Κακουχία [ ]  Κεφαλαλγία [ ]  Αρθραλγία [ ]  Εμετοί [ ]  Λεμφαδενίτιδα [ ]

Δυσκαμψία Αυχένα [ ]  Μυαλγία [ ]  Εξάνθημα στον κορμό [ ]

Άλλο/Προσδιορίστε [ ]  …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Εργαστηριακά ευρήματα αρχικού δείγματος**

WNV-RNA: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: …………………………………......

Ολικά αντισώματα IgM: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: ……………………………………..

Ολικά Αντισώματα IgG: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: ……………………………………..

**Εργαστηριακά ευρήματα δεύτερου δείγματος (μετά από πρόσκληση του αιμοδότη)**

WNV-RNA: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: …………………………………......

Ολικά αντισώματα IgM: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: ……………………………………..

Ολικά Αντισώματα IgG: Επιλέξτε ένα στοιχείο. Ημερομηνία Ελέγχου: ……………………………………..

**Τύχη παρασκευασθέντων προϊόντων (σε περίπτωση διάγνωσης ιού του Δυτικού Νείλου)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Αρ. Μονάδος | Μετάγγιση\* | Αποθήκευση\*\* | Διάθεση σε άλλο Νοσοκομείο | Αχρήστευση |
| **Ερυθρά** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Πλάσμα για μετάγγιση\*\*\*** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Αιμοπετάλια ολικού αίματος** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Αιμοπετάλια αφαίρεσης** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]

**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 ΕΚΠΑ με προορισμό την κλασματοποίηση*

***Σημείωση:*** *Σε περίπτωση αμφίβολων 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 αντί-WNV IgG αντισώματα εκτελείται από το* ***Κέντρο Αναφοράς Αρμποϊών και Αιμοραγικών Πυρετών Α΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Παν. Θεσσαλονίκης*** *Αν.Καθ.κα Α. Παππά, τηλ.: 2310-999020, 2310-999006 και από το* ***Εργαστήριο Μικροβιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών*** *καθ. Α. Τσακρής, Μικράς Ασίας 75, Αθήνα, Τηλ.: 210-7462011.*

**Παρατηρήσεις:**