

**Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος προς εργαστήρια  
για έλεγχο λοίμωξης από τους ιούς Δάγκειου πυρετού, Chikungunya, Zika, Oropouche**

<p>Για πληροφορίες από Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Αρμποϊών και Αιμορραγικών Πυρετών, ΑΠΘ (για ιούς Δάγκειου πυρετού, Chikungunya, Zika, Oropouche): 2310 999 006, 2310 999 151</p>	<p>Για πληροφορίες από Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ (για ιούς Δάγκειου πυρετού, Chikungunya, Zika): <b>Γραμματεία:</b> 210 647 8817, 210 647 8804 <b>Τεχνικός Υπεύθυνος:</b> 210 647 8819</p>
--	---

▶ Μονάδα Υγείας:	
▶ Ον/μο θεράποντα ιατρού:	
▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων:	

<p>▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ολικό αίμα <input type="checkbox"/> ούρα <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι;</p>	<b>Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο:</b>
	A.A. στο εργαστήριο:
	Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
▶ Ηλικία: _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)	▶ Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:	▶ Πόλη/χωριό:
▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής:	
▶ Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό (τους τελευταίους 3 μήνες); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙ ▶ Χώρες ταξιδιού: ..... Ημερομηνία άφιξης στην Ελλάδα: ____/____/____ Διάρκεια ταξιδιού: .....	
▶ Εμβολιασμός για εγκεφαλίτιδα ή κίτρινο πυρετό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → τι εμβόλιο - πότε; .....	

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

▶ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	▶ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____
▶ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
▶ Ειδική κατάσταση: <input type="checkbox"/> Σε ανοσοκαταστολή <input type="checkbox"/> Εγκυμοσύνη ..... εβδομάδων <input type="checkbox"/> Νεογνό	
▶ Υποκείμενα νοσήματα:	
▶ Προηγούμενο ιστορικό Δάγκειου πυρετού; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε;	
▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Μυαλγίες <input type="checkbox"/> Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Αιμορραγικές εκδηλώσεις <input type="checkbox"/> Επιπεφυκίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλο:.....	

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

----- Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο -----

Ανίχνευση ιού Zika;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Chikungunya;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Δάγκειου πυρετού;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →
Ανίχνευση ιού Oropouche;	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →