



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης
HIV/AIDS & Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
Αγράφων 3,5, Τ.Κ. 151 23, Μαρούσι
Τηλ.: 210 5212131, 132, 351
e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ (NEISSERIA GONORRHOEAE)

► Ημερομηνία δήλωσης:/...../.....

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ/ ΙΔΙΩΤΗΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρείο ΣΜΝ | <input type="checkbox"/> Ιατρείο/Δομή PrEP για HIV | <input type="checkbox"/> Μονάδα Λοιμώξεων | <input type="checkbox"/> Εργαστηριακός Τομέας |
| <input type="checkbox"/> Γυναικολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Δερματολογική / | <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Μαιευτική Κλινική | Αφροδισιολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Άλλο |
| <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | Προγραμματισμού | |

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

- Άνδρας Γυναίκα Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης:/...../.....

Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

- Ελλάδα Άλλου:.....

► Εθνικότητα:

- Ελληνική Άλλη

► Χώρα:.....

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ/ Η:

► Είναι: Μετανάστης Ταξιδιώτης Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ, σε Ελλάδα από (έτος):

Τόπος κατοικίας: ► Νομός:

► Πόλη/ Χωριό:

ΛΗΨΗ PrEP ΓΙΑ HIV: ΝΑΙ (Ημερομηνία έναρξης:.....) ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

ΛΟΓΟΣ/ ΛΟΓΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

- Παρουσία Συμπτωμάτων
- Προληπτικός έλεγχος
- Περιοδικός προληπτικός έλεγχος/ Ετήσιος έλεγχος
 - Προληπτικός έλεγχος στο πλαίσιο λήψης PrEP για HIV [Σημειώστε την ημερομηνία έναρξης PrEP.....]
 - Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
 - Προληπτικός διαγνωστικός έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
 HIV Σύφιλη Χλαμυδιακή λοίμωξη HPV λοίμωξη Ερπητική λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός προγεννητικός έλεγχος
- Προληπτικός έλεγχος νόμιμα εκδιδόμενου ατόμου
- Θύμα trafficking
- Άλλοι λόγοι, καθορίστε.....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή Άγνωστο
- Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών Άλλο (καθορίστε).....
- Κάθετη μετάδοση

ΠΙΘΑΝΗ ΧΩΡΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Ελλάδα

Εκτός Ελλάδας

Άγνωστο

Προσδιορίστε.....

ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΞΑΜΗΝΟ:.....

ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΓΝΩΣΤΟ

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

1. HIV status (πριν την επίσκεψη) Θετικό Αρνητικό Άγνωστο **Εάν θετικό:** Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) Γνωστό θετικό

2. **Εάν πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος για άλλα ΣΜΝ, συμπληρώστε:**

HIV λοίμωξη
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Σύφιλη
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Χλαμυδιακή λοίμωξη
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Ερπητική λοίμωξη
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Ηπατίτιδα Β
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Ηπατίτιδα C
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

HPV λοίμωξη
ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Άλλα ΣΜΝ (διευκρινίστε και σημειώστε το αποτέλεσμα του ελέγχου)

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εμφανίζει συμπτώματα ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... Άγνωστο

Εάν ναι, ποια:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ουρηθρίτιδα | <input type="checkbox"/> Επιδιδυμίτιδα | <input type="checkbox"/> Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου |
| <input type="checkbox"/> Οξεία σαλπινγίτιδα | <input type="checkbox"/> Τραχηλίτιδα | <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα |
| <input type="checkbox"/> Νεογέννητο με επιπεφυκίτιδα | <input type="checkbox"/> Πρωκτίτιδα | <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα |

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....

Σημείο δειγματοληψίας:

- Γεννητικά όργανα Ορθό/Πρωκτός Στοματοφάρυγγας Οφθαλμός Ούρα Άλλο:.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Απομόνωση Neisseria gonorrhoeae από κλινικό δείγμα με καλλιέργεια	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με NAAT	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανεύρεση της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με χρήση δοκιμασίας/μεθόδου με ανιχνευτή μη ενισχυμένου νουκλεϊκού οξέος	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Μικροσκοπική ανίχνευση αρνητικών κατά Gram ενδοκυτταρικών διπλόκοκκων σε ουρηθρικό επίχρισμα από άρρενα (Gram χρώση)	<input type="checkbox"/> ΘΕΤ	<input type="checkbox"/> APN	<input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ):/...../.....

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

ΝΑΙ ΟΧΙ
ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ.....

Ημερομηνία διάγνωσης:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση:.....

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... E-mail επικοινωνίας:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη Κρούσματος:

- Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό
 Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....