



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

ΣΥΦΙΛΗ (TREPONEMA PALLIDUM)

► 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"/> Αιμοδοσία |
| <input type="checkbox"/> Μαιευτική Κλινική | Αφροδισιολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | Προγραμματισμού | <input type="checkbox"/> Άλλο |

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 Γονόρροια HPV λοίμωξη Ερπητική λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός προγεννητικός Έλεγχος
- Προληπτικός έλεγχος εκδιδόμενου ατόμου
- Θύμα εμπορίας και διακίνησης ανθρώπων
- Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών
- Έλεγχος αιμοδότη
- Άλλοι λόγοι, καθορίστε.....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> Κάθετη μετάδοση |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| | <input type="checkbox"/> Άλλο, καθορίστε..... |

ΠΙΘΑΝΗ ΧΩΡΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ελλάδα | <input type="checkbox"/> Εκτός Ελλάδας |
| <input type="checkbox"/> 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 **Αν θετικό:** Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) Γνωστό θετικό
2. Εάν πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος για άλλα ΣΜΝ, συμπληρώστε:
- | | | |
|---|--|---|
| HIV λοίμωξη
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> | Γονόρροια
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> | Χλαμυδιακή λοίμωξη
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> |
| Ερπητική λοίμωξη
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> | Ηπατίτιδα Β
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> | Ηπατίτιδα C
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> |
| HPV λοίμωξη
ΘΕΤ: <input type="checkbox"/> APN: <input type="checkbox"/> ΑΓΝ: <input type="checkbox"/> | Άλλα ΣΜΝ (διευκρινίστε και σημειώστε το αποτέλεσμα του ελέγχου) <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> | |

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΦΙΛΗΣ

- Εμφανίζει συμπτώματα ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ποια:
- Πρωτογόνος Σύφιλη:** Συφιλιδικό έλκος
Εντόπιση: Γεννητική περιοχή Πρωκτός Φαρυγγικός Βλεννογόνος Άλλου:.....
 - Δευτερογόνος Σύφιλη:**
 - Εξάνθημα
 - Λεμφαδενοπάθεια
 - Πλατέα κονδυλώματα
 - Ενάνθημα
 - Άλλο.....
 - Νευροσύφιλη – Προσβολή οφθαλμικού ή ακουστικού νεύρου**
 - Τριτογόνος (προσδιορίστε):**.....
- Εάν ΟΧΙ:
- Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφιλη (<= 1 έτους)**
 - Όψιμη Λανθάνουσα (>1 έτους)**
 - Άγνωστης διάρκειας**

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../..... Λήψη αίματος Λήψη δείγματος από έκκριμα/ιστό

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- ❖ **Ανίχνευση του T. Pallidum με:** Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου Άμεσο ανοσοφθορισμό PCR Άλλο:.....
 - ❖ **Ορολογικός Έλεγχος**
- Ειδική τρεπονημική δοκιμασία** (TRPA, TRHA, FTA Abs, EIA, CLIA, ELISA) ΘΕΤΙΚΗ ΓΝΩΣΤΗ ΘΕΤΙΚΗ (Ημερομηνία προηγούμενου (+) ελέγχου.....) ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
- Μη ειδική τρεπονημική δοκιμασία** (VDRL, RPR) ΘΕΤΙΚΗ → Τίτλος αντισωμάτων:..... ΑΡΝΗΤΙΚΗ 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.....

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:.....