



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
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ (CHLAMYDIA TRACHOMATIS)**

(συμπεριλαμβανομένου του Αφροδίσιου Λεμφοκοκκιώματος (Lymphogranuloma Venereum-LGV))

► 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 Γονόρροια 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
- Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, καθορίστε.....

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 **Αν θετικό:** Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) Γνωστό θετικό

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

HIV λοίμωξη

ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Σύφιλη

ΘΕΤ: APN: ΑΓΝ:

Γονόρροια

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:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, ποια:

Ουρηθρίτιδα

Οξεία σαλπινγίτιδα

Άλλο:.....

Επιδιδυμίτιδα

Τραχηλίτιδα

Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου

Πρωκτίτιδα

Σε νεογέννητο:

Επιπεφυκίτιδα

Πνευμονία

Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα-LGV

Ουρηθρίτιδα

Βουβωνική λεμφαδενοπάθεια

Έλκος γεννητικών οργάνων

Τραχηλίτιδα

Πρωκτίτιδα

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

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

Σημείο δειγματοληψίας:

Γεννητικά όργανα

Ορθό/Πρωκτός

Στοματοφάρυγγας

Οφθαλμός

Ούρα

Άλλο:.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΚΤΟΣ LGV)

Απομόνωση Chlamydia trachomatis από κλινικό δείγμα με κυτταροκαλλιέργεια

ΘΕΤ

APN

ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με NAAT

ΘΕΤ

APN

ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ανίχνευση Chlamydia δείγμα με δοκιμασία trachomatis σε κλινικό δείγμα με DFA

ΘΕΤ

APN

ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (LGV)

Απομόνωση Chlamydia trachomatis από κλινικό δείγμα με κυτταροκαλλιέργεια

ΘΕΤ

APN

ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με NAAT

ΘΕΤ

APN

ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

ΚΑΙ

Εντοπισμός οροτύπου L1, L2 ή L3 σε κλινικό δείγμα με ειδική NAAT

ΘΕΤ

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

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

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ

ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

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

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

E-mail επικοινωνίας:.....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Αρ. Δελτίου:.....

Κατάταξη

Κρούσματος:

Επιβεβαιωμένο

Πιθανό

Άγνωστο

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....