

ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΑΡΑΣΙΤΩΣΕΩΝ

Μονάδα Ζωνοδόσων - Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας και Μικροβιακής Παθογένεσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
Όνομα		Νοσοκομείο	
Επώνυμο		Κλινική	
Φύλο	☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	Εγκυμοσύνη	☐ Όχι ☐ Ναι (εβδομάδες) _____
Ηλικία		Ημ/ία εισαγωγής ____/____/____	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ			
☐ Ορός	☐ Ολικό αίμα	☐ ENY	Ημ/ία συλλογής ____/____/____
Άλλο (προσδιορίστε):			
ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ			
Haemagglutination		☐ <i>Echinococcus granulosus</i>	
IFA*		☐ <i>Leishmania infantum</i>	
ELISA**		☐ <i>Echinococcus granulosus</i>	☐ <i>Leishmania infantum</i>
Ηλεκτροσυναίρεση**		☐ <i>Leishmania sp</i>	☐ <i>Echinococcus granulosus</i>
Western blot**		☐ <i>Leishmania sp</i>	
PCR/Real-time PCR**		☐ <i>Leishmania sp</i>	
ΚΛΙΝΙΚΑ/ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ			
Ταξίδι στο εξωτερικό τους τελευταίους 2 μήνες		☐ Πυρετός Έως (°C): _____ Ημέρες: _____	
☐ Όχι ☐ Ναι (προσδιορίστε χώρα)		☐ Λεμφαδενοπάθεια ☐ Σπληνομεγαλία	
Επαφή με ζώο: _____		☐ Ηωσινοφιλία ☐ Πανκυτταροπενία	
Επάγγελμα/απασχόληση: _____		Άλλες κλινικές εκδηλώσεις:	
Τόπος διαμονής			
☐ Αγροτοκτηνοτροφική ☐ Αστική ☐ Ημιαστική			
Χορηγούμενη θεραπεία:			
Έναρξη αγωγής: ____/____/____			



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Ταχ. Διεύθυνση:

Ταχ. Κώδικας:

Τηλέφ.:

Τηλεομοιοτυπία / fax:

Ηλεκ. Διεύθυνση / e-mail:

Πληροφορίες:

Αρ. πρωτ. Εργαστηρίου:

Σταυράκια Βούτες, Η

71500

2810394624

2810394740

pedykritis@eody.gov.

Ψαρουλάκη Άννα

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ : ΠΕΔΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΠΕΔΥ ΚΡΗΤΗΣ
Καθηγήτρια. Άννα Ψαρουλάκη



Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ		
Όν/μο	Υπογραφή	Ημ/ία ____/____/____
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ* (υποχρεωτικά)		
Τηλ:	Φαξ*:	e-mail:

*: Μη ειδική εξέταση. **: Ειδική εξέταση.