



Δ/νση 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](mailto: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 ΕΠΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

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

☐ Αλλού:.....

► Εθνικότητα: ☐ Ελληνική ☐ Άλλη

► Χώρα:.....

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ/ Η:

► Είναι:

☐ Μετανάστης

☐ Ταξιδιώτης

☐ Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ, σε Ελλάδα από (έτος): .....

Τόπος κατοικίας: ► Νομός: .....

► Πόλη/ Χωριό: .....

### ΛΟΓΟΣ/ ΛΟΓΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

- ☐ Παρουσία Συμπτωμάτων
- ☐ Προληπτικός έλεγχος
- ☐ Περιοδικός προληπτικός έλεγχος/ Ετήσιος έλεγχος
- ☐ Σύντροφος ατόμου που διαγνωστήκε 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 επαφή
- ☐ Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άνδρες
- ☐ Κάθετη μετάδοση
- ☐ Άγνωστο
- ☐ Άλλο (καθορίστε).....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

☐ Ελλάδα

☐ Αλλού στην Ευρώπη

☐ Άγνωστο

☐ Εκτός Ευρώπης:.....

Εκδιδόμενο άτομο:

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

☐ ΑΓΝΩΣΤΟ

Αναφερόμενη επαφή με εκδιδόμενο άτομο :

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

☐ ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων το τελευταίο εξάμηνο:.....

Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών:

☐ ΟΧΙ

☐ ΝΑΙ

☐ ΑΓΝΩΣΤΟ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| 1. HIV status (πριν την επίσκεψη)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Θετικό <input type="checkbox"/> Αρνητικό <input type="checkbox"/> Άγνωστο                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Αν θετικό:</b> <input type="checkbox"/> Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) <input type="checkbox"/> Γνωστό θετικό |
| 2. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για υπόλοιπα ΣΜΝ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> HIV<br/> <input type="checkbox"/> Ερπητική λοίμωξη         </div> <div> <input type="checkbox"/> Σύφιλη<br/> <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β         </div> <div> <input type="checkbox"/> Χλαμυδιακή λοίμωξη<br/> <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C         </div> </div>                                           |                                                                                                             |
| 3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> HIV<br/> <input type="checkbox"/> Ερπητική λοίμωξη<br/> <input type="checkbox"/> HPV λοίμωξη         </div> <div> <input type="checkbox"/> Σύφιλη<br/> <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β         </div> <div> <input type="checkbox"/> Χλαμυδιακή λοίμωξη<br/> <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C         </div> </div> |                                                                                                             |
| <b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Εμφανίζει συμπτώματα <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ...../...../..... <input type="checkbox"/> Άγνωστο                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Εάν ναι, ποια: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> Ουρηθρίτιδα<br/> <input type="checkbox"/> Οξεία σαλπινγίτιδα<br/> <input type="checkbox"/> Νεογέννητο με επιτεφυκίτιδα         </div> <div> <input type="checkbox"/> Επιδιδυμίτιδα<br/> <input type="checkbox"/> Τραχηλίτιδα<br/> <input type="checkbox"/> Πρωκτίτιδα         </div> <div> <input type="checkbox"/> Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου<br/> <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα<br/> <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....<br>Σημείο δειγματοληψίας: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Γεννητικά όργανα              <input type="checkbox"/> Πρωκτός              <input type="checkbox"/> Στοματική κοιλότητα              <input type="checkbox"/> Οφθαλμός              <input type="checkbox"/> Ούρα              <input type="checkbox"/> Άλλο:.....         </div>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Ημερομηνία διάγνωσης:...../...../.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Απομόνωση Neisseria gonorrhoeae από κλινικό δείγμα με καλλιέργεια<br>Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα (nucleic acid amplification test -NAAT )<br>Απόδειξη της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με ανιχνευτή μη ενισχυμένου νουκλεϊκού οξέος<br>Μικροσκοπική ανίχνευση αρνητικών κατά Gram ενδοκυτταρικών διπλόκοκκων σε ουρηθρικό επίχρισμα από άρρενα (Gram χρώση)                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> EPN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ                                                                          |
| ΑΛΛΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| <b>ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ              <input type="checkbox"/> ΟΧΙ         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Ημερομηνία διάγνωσης: ...../...../.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Ονοματεπώνυμο Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Ειδικότητα:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Υπογραφή & Σφραγίδα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....    E-mail επικοινωνίας: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| <b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ</b><br><b>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                             |
| Κατάταξη Κρούσματος:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο<br/> <input type="checkbox"/> Πιθανό<br/> <input type="checkbox"/> Άγνωστο         </div>                                                                                                                                                                                                                                    | Αρ. Δελτίου:.....<br>Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....                                                        |