



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Πρόληψης
HIV/AIDS & Σεξουαλικά Μεταδοθέντων 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

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:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Ιατρείο ΣΜΝ | ☐ Δερματολογική / | ☐ Μονάδα Λοιμώξεων | ☐ Εργαστηριακός Τομέας |
| ☐ Γυναικολογική Κλινική | Αφροδισιολογική Κλινική | ☐ Μαιευτική Κλινική | ☐ Αιμοδοσία |
| ☐ Μονάδα Υγείας για Νέους | ☐ Μονάδα Οικογενειακού | ☐ Ουρολογική Κλινική | ☐ Άγνωστο |
| ☐ Ιδιωτικό ιατρείο | Προγραμματισμού | ☐ Άλλο..... | |

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 διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδομένο Νόσημα (ΣΜΝ)
 - ☐ Προληπτικός διαγνωστικός έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
 - ☐ HIV ☐ Γονόρροια ☐ Χλαμυδιακή λοίμωξη ☐ HPV λοίμωξη ☐ Ερπητική λοίμωξη ☐ Ηπατίτιδα Β ☐ Ηπατίτιδα C
- ☐ Προληπτικός προγεννητικός έλεγχος
- ☐ Προληπτικός έλεγχος νόμιμα εκδιδόμενου ατόμου
- ☐ Θύμα trafficking
- ☐ Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών
- ☐ Έλεγχος αιμοδότη
- ☐ Άλλοι λόγοι, (καθορίστε).....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- ☐ Ετεροφυλοφιλική επαφή
- ☐ Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άντρες
- ☐ 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

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

1. HIV status (πριν την επίσκεψη) ☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Άγνωστο **Αν θετικό:** ☐ Πρόσφατα θετικό (<3μήνες) ☐ Γνωστό θετικό
2. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για άλλα ΣΜΝ:.....
3. Υπήρξε θετική διάγνωση;
Καθορίστε:.....

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΦΙΛΗΣ

Εμφανίζει συμπτώματα ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☒ 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**

Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../..... ☐ Λήψη αίματος

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**► ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ (ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ)

Ανίχνευση του *T. Pallidum*: ☐ Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου ☐ Άμεσος ανοσοφθορισμός ☐ PCR ☐ Άλλο:.....

Διπλός Ορολογικός Έλεγχος

Ειδική τρεπονημική δοκιμασία (TPPA, TRHA, FTA Abs, EIA, CLIA, ELISA)

ΚΑΙ

Μη ειδική τρεπονημική δοκιμασία (VDRL, RPR) ή
Δεύτερη ειδική τρεπονημική δοκιμασία

.....
Παρακαλώ προσδιορίστε

☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:
.....
.....

Ονοματεπώνυμο 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:.....