



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 ΕΠΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Ιατρείο ΣΜΝ | ☐ Δερματολογική / | ☐ Μονάδα Λοιμώξεων | ☐ Εργαστηριακός Τομέας |
| ☐ Γυναικολογική Κλινική | Αφροδισιολογική Κλινική | ☐ Μαιευτική Κλινική | ☐ Άγνωστο |
| ☐ Μονάδα Υγείας για Νέους | ☐ Μονάδα Οικογενειακού | ☐ Ουρολογική Κλινική | ☐ Άλλο..... |
| ☐ 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 |
| ☐ Επιθυμία προληπτικού ελέγχου/ Ετήσιος έλεγχος |
| ☐ 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 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

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 υπόλοιπα ΣΜΝ:	☐ HIV ☐ Ερπητική Λοίμωξη	☐ Σύφιλη ☐ Ηπατίτιδα Β	☐ Γονόρροια ☐ Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:	☐ HIV ☐ Ερπητική Λοίμωξη ☐ HPV Λοίμωξη	☐ Σύφιλη ☐ Ηπατίτιδα Β	☐ Γονόρροια ☐ Ηπατίτιδα C
ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ			
Εμφανίζει συμπτώματα ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐ 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 ☐ Έλκος γεννητικών οργάνων ☐ Πρωκτίτιδα ☐ Βουβωνική λεμφαδενοπάθεια ☐ Τραχηλίτιδα			
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ			
Ημερομηνία δειγματοληψίας:/...../.....			
Σημείο δειγματοληψίας:			
☐ Γεννητικά όργανα ☐ Πρωκτός ☐ Στοματική κοιλότητα ☐ Οφθαλμός ☐ Ούρα ☐ Άλλο:.....			
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (εκτός LGV)			
Απομόνωση Chlamydia trachomatis από κλινικό δείγμα με κυτταροκαλλιέργεια			☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis με NAAT			☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με δοκιμασία DFA			☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....			
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ LGV			
Απομόνωση Chlamydia trachomatis με κυτταροκαλλιέργεια			☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με NAAT			☐ APN ☐ ΘΕΤ ☐ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
ΚΑΙ εντοπισμός οροτύπου L1, L2 ή L3			
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....			
ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ			
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ.....			
Ημερομηνία διάγνωσης:/...../.....			
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:			