



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ.: 210 8817472
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 ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ (NEISSERIA GONORRHOEAE)

► Ημερομηνία δήλωσης:/...../.....

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ/ ΙΔΙΩΤΗΣ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 διαγνώστηκε 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

Αναφερομένη επαφή με εκδιδόμενο άτομο : ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

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

Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ 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 Σύφιλη Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Σύφιλη Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... Άγνωστο
- Εάν ναι, ποια:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ουρηθρίτιδα | <input type="checkbox"/> Επιδιδυμίτιδα | <input type="checkbox"/> Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου |
| <input type="checkbox"/> Οξεία Σαλπινγίτιδα | <input type="checkbox"/> Τραχηλίτιδα | <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα |
| <input type="checkbox"/> Νεογέννητο με επιτεφυκίτιδα | <input type="checkbox"/> Πρωκτίτιδα | <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα |

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....
- Σημείο δειγματοληψίας:
 Γεννητικά όργανα Πρωκτός Στοματική Κοιλότητα Οφθαλμός Ούρα Άλλο:.....
- Ημερομηνία διάγνωσης:...../...../.....

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Απομόνωση Neisseria gonorrhoeae από κλινικό δείγμα με καλλιέργεια | <input type="checkbox"/> APN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα (nucleic acid amplification test -NAAT) | <input type="checkbox"/> EPN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| Απόδειξη της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με ανιχνευτή μη ενισχυμένου νουκλεϊκού οξέος | <input type="checkbox"/> APN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| 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 |
- ΆΛΛΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

- ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ** ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΠΑΡΑΚΑΛΩ, ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

Ημερομηνία διάγνωσης:/...../.....

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

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... E-mail επικοινωνίας:.....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ
ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη Κρούσματος:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο |
| <input type="checkbox"/> Πιθανό |
| <input type="checkbox"/> Άγνωστο |

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....