



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 ΣΥΦΙΛΗ (TREPONEMA PALLIDUM)

► 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"/> Αιμοδοσία |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού | <input type="checkbox"/> Άλλο..... | |

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

- Άνδρας Γυναίκα Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης:/...../.....

Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

- Ελλάδα Άλλου:.....

► 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 άτομο που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο 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, (παρακαλώ καθορίστε).....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άντρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, (παρακαλώ καθορίστε).....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

- Ελλάδα Άλλου 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 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 Γονόρροια Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Γονόρροια Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ποια:
- Πρωτογόνος Σύφιλη***: Συφιλιδικό έλκος
Εντόπιση: Γεννητική περιοχή Πρωκτός Φαρυγγικός Βλεννογόνος Άλλου:.....
 - Δευτερογόνος Σύφιλη***:
 - Διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα
 - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
 - Πλατέα κονδυλώματα
 - Εξάνθημα
 - Διάχυτη αλωπεκία
 - Τριτογόνος, παρακαλώ προσδιορίστε:**..... Εάν ΟΧΙ ποια:.....
 - Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφιλη (≤ 1 έτους)***
 - Ώσιμη Λανθάνουσα (≥ 1 έτους) (απουσία συμπτωμάτων)**
 - Άγνωστο *πρώιμη σύφιλη**

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../..... Λήψη αίματος
- Σε περίπτωση λήψης δείγματος για εξέταση με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου, παρακαλώ προσδιορίστε σημείο δειγματοληψίας:
- Γεννητικά όργανα Πρωκτός Φάρυγγας
 - Στοματική κοιλότητα Άλλο:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΠΡΩΙΜΗ ΣΥΦΙΛΗ

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

Ανίχνευση T. Pallidum με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου σε υλικό από υγρή βλάβη δέρματος ή βλεννογόνου APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ορολογικός Έλεγχος: Ανίχνευση μη ειδικών τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία VDRL ή RPR **ΚΑΙ** ανίχνευση τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία ανίχνευσης (TRHA, TPPA, EIA ολική, FTA. Abs ολικό) **ΚΑΙ** πρόσθετη ανίχνευση αντισωμάτων Tr-IgM (με IgM ELISA, Western blot IgM ή IgM FTA-Abs) επιβεβαιωμένη με 2^η Δοκιμή IgM. APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

.....
Παρακαλώ προσδιορίστε

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Διαγνωστικά ευρήματα:
.....
.....

Όνοματεπώνυμο 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:.....