



A. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: /ΟΝ: Ημ. Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): ___ / ___ / ___

Φύλο: Άρρεν Θήλυ Διεμφυλικό άτομο

Εθνικότητα: _____ Χώρα Γέννησης: _____ Τόπος Διαμονής: _____

Εγκυμονούσα: ΝΑΙ Εβδομάδα κύησης (κατά τη διάγνωση): ___ ΟΧΙ

Υπηρεσία που έγινε η λήψη δείγματος

Κέντρο Αναφοράς & Ελέγχου AIDS, καθορίστε: Ιδιωτικό Νοσοκομείο, καθορίστε:

Δημόσιο Νοσοκομείο, καθορίστε: Ιδιωτικό Εργαστήριο, καθορίστε:

Μ/Λοιμώξεων/ Εξωτερικό Ιατρείο, καθορίστε: Άλλη, καθορίστε: _____

Λόγος/οι Εξέτασης

Διαγνωστικοί λόγοι Προγεννητικός έλεγχος Επαγγελματική έκθεση

Προληπτικός έλεγχος (επιλέξτε από τα κάτωθι)

Σύντροφος HIV+ απόμου Κρατούμενος /η φυλακών/κέντρων κράτησης

Νόμιμα εκδιδόμενο άτομο Κοινή χρήση συριγγών, βελονών και άλλων συνέρργων χρήσης

Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις/ρήξη προφυλακτικού Άτομα που κατάγονται από χώρες με υψηλό επιπολασμό HIV (Υποσαχάριος Αφρική, Καραϊβική)

Ασθενείς με άλλο ΣΜΝ Άλλοι Λόγοι, καθορίστε: _____

Δότης αίματος/σπέρματος/οργάνων

Θύμα Trafficking

Πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV

Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών **Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή**

Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών (XEN) Προέλευση από χώρα με γενικευμένη επιδημία

Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (αν ναι, συμπληρώστε τη διπλανή στήλη) Σύντροφος προερχόμενος/η από χώρα με γενικευμένη επιδημία

Λήψη παραγώγων αίματος/πλάσματος/οργάνων Σύντροφος XEN

Μετάγγιση μετά το 1977 Σύντροφος αμφιφυλόφιλος (για γυναίκες)

Κάθετη Μετάδοση Σύντροφος πολυμεταγγιζόμενος/η με παράγωγα αίματος / πλάσματος

Ακαθόριστος Σύντροφος HIV οροθετικός που δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες

Ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης χωρίς επιπλέον πληροφορίες

Στην περίπτωση που είναι αδύνατη η κατάταξη σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες παρακαλούμε όπως αναφέρετε πληροφορίες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην κατάταξη.

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. λήψης δείγματος προς επιβεβαίωση: ___ / ___ / ___

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης: _____ HIV-1: HIV-2:

Επιβεβαίωση με: WB Genious InnoLIA PCR Άλλη μέθοδος, αναφέρετε: _____

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης ___ / ___ / ___

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΗ/ ΜΜ/ΕΕΕΕ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο & Fax: _____

Ημερομηνία Δήλωσης: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____

*ΚΑ. HIV+ _____

*Α. Α _____

*Συμπληρώνονται από το Γρ. HIV Λοίμ. & ΣΜΝ