



# Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

## Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: \_\_\_ / ΟΝ \_\_\_ Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Φύλο: Άρρεν  Θήλυ  Διεμφυλικό άτομο   
 Εθνικότητα: \_\_\_\_\_ Χώρα Γέννησης: \_\_\_\_\_ Τόπος Διαμονής: \_\_\_\_\_  
 Εγκυμονούσα:  Εβδομάδα κύησης (κατά τη διάγνωση): \_\_\_  
 Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης σε Μ.Λ./Ε.Ι\*.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\*(πρώτη προγραμματισμένη επίσκεψη σε εξειδικευμένη δομή παρακολούθησης του HIV/AIDS μετά τη διάγνωση)  
 Υπηρεσία που έγινε η λήψη δείγματος (ΜΛ: Μονάδα Λοιμώξεων/ΕΙ: Εξωτερικό Ιατρείο Παρακολούθησης HIV +ατόμων)

Κέντρο Αναφοράς & Ελέγχου AIDS,καθορίστε:	Ιδιωτικό Νοσοκομείο,καθορίστε:
Δημόσιο Νοσοκομείο,καθορίστε:	Ιδιωτικό Εργαστήριο,καθορίστε:
Μ/Λ ΕΙ,καθορίστε:	Άλλη,καθορίστε:

## Λόγος/οι Εξέτασης

- Διαγνωστικοί λόγοι  Προγεννητικός έλεγχος  Επαγγελματική έκθεση  
 Προληπτικός έλεγχος (επιλέξτε από τα κάτωθι )  
 Σύντροφος HIV+ ατόμου  Κρατούμενος /η φυλακών/κέντρων κράτησης  
 Νόμιμα εκδιδόμενο άτομο  Κοινή χρήση συρίγγων, βελονών και άλλων συνέργων χρήσης  
 Σεξουαλική επαφή άνευ /ρήξη προφυλακτικού  Άτομα που κατάγονται από χώρες με υψηλό επιπολασμό HIV (Υποσαχάριος Αφρική, Καραϊβική)  
 Ασθενείς με άλλο ΣΜΝ  Δότης αίματος/σπέρματος/οργάνων  Άλλοι Λόγοι, καθορίστε: \_\_\_\_\_  
 Θύμα Trafficking  Θύμα σεξ. κακοποίησης

## Πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών  | <b>Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή</b>   |
| <input type="checkbox"/> Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών (XEN)                           | <input type="checkbox"/> Προέλευση από χώρα με γενικευμένη επιδημία                           |
| <input type="checkbox"/> Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (αν ναι, συμπληρώστε τη διπλανή στήλη) | <input type="checkbox"/> Σύντροφος προερχόμενος/η από χώρα με γενικευμένη επιδημία            |
| <input type="checkbox"/> Λήψη παραγώγων αίματος/πλάσματος/οργάνων                                | <input type="checkbox"/> Σύντροφος XEN  |
| <input type="checkbox"/> Μετάγγιση μετά το 1977  | <input type="checkbox"/> Σύντροφος αμφιφυλόφιλος (για γυναίκες)                               |
| <input type="checkbox"/> Κάθετη Μετάδοση   | <input type="checkbox"/> Σύντροφος πολυμεταγγιζόμενος/η με παράγωγα αίματος / πλάσματος       |
| <input type="checkbox"/> Ακαθόριστος   | <input type="checkbox"/> Σύντροφος HIV οροθετικός που δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες     |
|  | <input type="checkbox"/> 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 επιβεβαίωσης: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης: \_\_\_\_\_ HIV-1:  HIV-2:   
 Επιβεβαίωση με: WB  Genious  InnoLIA  PCR  Άλλη μέθοδος, αναφέρετε: \_\_\_\_\_  
 Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Στάδιο κατά τη διάγνωση A  B  C

Εξετάσεις**	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm <sup>3</sup>	
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

\*\* Να συμπληρώνονται οι κοντινότερες στη διάγνωση μετρήσεις