



Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ AIDS

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

ΚΑ. AIDS _____

Συμπληρώνεται από το Γρ. HIV Λοίμ. & ΣΜΝ

Πιθανός τρόπος μετάδοσης του HIV

- Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών
- Χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών (ΧΕΝ)
- Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (αν ναι, συμπληρώστε τη διπλανή στήλη)
- Λήψη παραγώγων αίματος/πλάσματος/οργάνων
- Μετάγγιση μετά το 1977
- Κάθετη Μετάδοση
- Ακαθόριστος

- Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή**
- Προέλευση από χώρα με γενικευμένη επιδημία
- Σύντροφος προερχόμενος/η από χώρα με γενικευμένη επιδημία
- Σύντροφος ΧΕΝ
- Σύντροφος αμφιφυλόφιλος (για γυναίκες)
- Σύντροφος πολυμεταγγιζόμενος/η με παράγωγα αίματος / πλάσματος
- 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	

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης AIDS

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

ΝΟΣΟΙ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ AIDS	Διάγνωση		ΜΗΝΑΣ / ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ
	Καθοριστική	Πιθανολογούμενη	
Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	<input type="checkbox"/>		
Καντιντίαση οισοφάγου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κοκκιδιοειδομύκωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>		
Κρυπτοκόκκωση εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>		
Κρυπτοσποριδίωση με διάρροια (>1 μήνα)	<input type="checkbox"/>		
Νόσος από μεγαλοκυτταροϊό, εκτός ήπατος, σπληνός ή λεμφαδένων	<input type="checkbox"/>		
Αμφιβληστροειδίτιδα από μεγαλοκυτταροϊό		<input type="checkbox"/>	
Απλός έρπηγ: έλκη (>1 μήνα), βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα	<input type="checkbox"/>		
Ιστοπλάσμωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>		
Ισοσποριδίωση με διάρροια (>1 μήνα)	<input type="checkbox"/>		
Πνευμονική λοίμωξη οφειλόμενη στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Διάσπαρτη λοίμωξη από μυκοβακτηρίδια (και εξωπνευμονική φυματίωση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Πνευμονία από Πνευμονοκύστη P. jirovecii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Πνευμονία υποτροπιάζουσα σε διάστημα 12 μηνών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	<input type="checkbox"/>		
Σηψαιμία υποτροπιάζουσα οφειλόμενη σε σαλμονέλλα (μη τυφοειδούς)	<input type="checkbox"/>		
Τοξοπλάσμωση του εγκεφάλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας	<input type="checkbox"/>		
Εγκεφαλοπάθεια οφειλόμενη στον HIV (Άνοια)	<input type="checkbox"/>		
Σάρκωμα Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Λέμφωμα: Burkitt ή ανοσοβλαστικό ή πρωτοπαθές στον εγκέφαλο	<input type="checkbox"/>		
Σύνδρομο απίσχνασης οφειλόμενο σε HIV λοίμωξη	<input type="checkbox"/>		

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας:

Μονάδα υγείας:

Κλινική:

Τηλέφωνο & Fax:

Ημερομηνία Δήλωσης:

Υπογραφή & Σφραγίδα: