



## Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ AIDS

### Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ:   / ΟΝ :

Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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 (XEN)
- 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 XEN
- 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.

Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης στη/στο Μ.Λ./Ε.Ι\*.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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

### 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm <sup>3</sup>	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

### Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης AIDS

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm <sup>3</sup>	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

ΝΟΣΟΙ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ AIDS	Διάγνωση		ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ
	Καθοριστική	Πιθανολογούμενη	
1.Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	<input type="checkbox"/>		
2. Καντιντίαση οισοφάγου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Κοκκιδιοειδομύκωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>		
4. Κρυπτοκόκκωση εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>		
5. Κρυπτοσποριδίωση με διάρροια (>1 μήνα)	<input type="checkbox"/>		
6. Νόσος από μεγαλοκυτταροΐό (εκτός ήπατος, σπληνός,λεμφαδένων)	<input type="checkbox"/>		
7. Αμφιβληστροειδίτιδα από μεγαλοκυτταροΐό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Απλός έρπηγ: έλκη (>1 μήνα), βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα	<input type="checkbox"/>		
9. Ιστοπλάσμωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ισοσποριδίωση με διάρροια (>1 μήνα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Λοίμωξη οφειλόμενη σε άτυπα μυκοβακτηρίδια (M.Aviuim complex ή M. Kansasii ) διάσπαρτη η εξωπνευμονική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.Πνευμονική φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Εξωπνευμονική φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Πνευμονία από Πνευμονοκύστη P. jirovecii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Πνευμονία υποτροπιάζουσα σε διάστημα 12 μηνών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.Σηψαιμία υποτροπιάζουσα οφειλόμενη σε σαλμονέλλα (οχι όμως S. typhi)	<input type="checkbox"/>		
18. Εγκεφαλική Τοξοπλάσμωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας	<input type="checkbox"/>		
20. Εγκεφαλοπάθεια οφειλόμενη στον HIV (Άνοια)	<input type="checkbox"/>		
21. Σάρκωμα Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Λέμφωμα Burkitt	<input type="checkbox"/>		
23. Ανοσοβλαστικό λέμφωμα (ή αντίστοιχος όρος)	<input type="checkbox"/>		
23. Πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου	<input type="checkbox"/>		
23. 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: