



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Ε. ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ  
HIV + ΑΤΟΜΩΝ**

**Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων  
Υπουργείο Υγείας**

Αγράφων 3-5, 151 23 Μαρούσι

Τηλ: 210 - 52.12.000, 210 - 52.12.133

Fax: 210 - 52.12.121, 210 - 52.12.130

[www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)

## Ε. ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ HIV + ΑΤΟΜΩΝ

Ημερομηνία δήλωσης   /   /      
 Ημέρα              Μήνας              Έτος

Ημερομηνία θανάτου   /   /      
 Ημέρα              Μήνας              Έτος

Αρχικά ασθενή (επώνυμο, όνομα)   /

(Χρησιμοποιήστε μόνο τα **δύο πρώτα γράμματα** από το **επώνυμο** και στη συνέχεια τα **δύο πρώτα γράμματα** από το **όνομα** του ασθενή)

Ημερομηνία γέννησης   /   /      
 Ημέρα              Μήνας              Έτος

Φύλο:  Άρρεν     Θήλυ     Άλλο

Κωδικός αριθμός θεραπείας (Κ.Α.)

### Τρέχον στάδιο HIV λοίμωξης

A1     A2     A3     B1     B2     B3     C1     C2     C3

(Εάν ο ασθενής ανήκει στην Κατηγορία C ελέγξτε εάν έχει συμπληρωθεί το αντίστοιχο Δελτίο )

**Άμεση αιτία θανάτου** .....

**Οφειλόμενη σε** .....

**Νοσοκομείο ή άλλο Ίδρυμα** .....

**Μονάδα ή Τμήμα** .....

**Όνομ/μο ιατρού.....Ειδικότητα** .....

Υπογραφή Ιατρού