



**ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

**(Συμπληρώνεται από το Κέντρο Αναφοράς και αποστέλλεται στη δομή υγείας που έγινε η αρχική αιμοληψία)**

ΕΠΙΘΕΤΟ                      ΟΝΟΜΑ

Αρχικά Ονοματεπωνύμου:  /

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../.....

Το δείγμα βρέθηκε: Αρνητικό                       Θετικό

**Αναλυτικά Αποτελέσματα:**

HIV-1                       HIV-2

WESTERN BLOT: Αρνητικό                       Θετικό

Άλλη επιβεβαιωτική μέθοδος, αναφέρετε:.....

HIV RNA:                       Τιμή: .....

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

.....  
 .....  
 .....

Όνοματεπώνυμο Υπευθύνου:.....

Κέντρο Αναφοράς: .....

Ο Βεβαιών/ούσα

Υπογραφή

Ημερομηνία

Σφραγίδα

**Επιβεβαίωση στοιχείων του εξεταζομένου (Συμπληρώνεται από τη Μονάδα Υγείας που έγινε η αρχική αιμοληψία.)**

Το παραπάνω δείγμα με αρχικά  /                       και ημερομηνία  
 γέννησης.....,                      ανήκει                      στον/στην  
 .....(όνομα/επώνυμο),του.....

(πατρώνυμο). Ο/η προαναφερόμενος/η ασθενής παρακολουθήθηκε στην κλινική  
 .....

Ο Βεβαιών/ούσα

Υπογραφή

Ημερομηνία

Σφραγίδα