



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συνοδευτικό Δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος για έλεγχο λεισμανίασης προς το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ

Για πληροφορίες στο Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ: 210 6478 804, 210 6478 825

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ▶ Μονάδα Υγείας: | |
| ▶ Όν/μο θεράποντα ιατρού: | |
| ▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση: | ▶ Υπογραφή (& σφραγίδα): |
| ▶ Φαξ για αποστολή αποτελεσμάτων: | |

| | |
|---|---|
| ▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ολικό αίμα <input type="checkbox"/> μυελός <input type="checkbox"/> δερματικός ιστός/ επίχρισμα βλάβης <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι; | Συμπληρώνεται από το εργαστήριο |
| | A.A στο εργαστήριο: |
| | Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____ |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

| | |
|--|--|
| ▶ Επώνυμο: | ▶ Όνομα: |
| ▶ Ηλικία _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη) | ▶ Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ |
| ▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα: | ▶ Πόλη/χωριό: |
| ▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής: | |
| ▶ Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό (τους τελευταίους 12 μήνες); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: | |

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

| | |
|--|--|
| ▶ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ | ▶ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____ |
| ▶ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | |
| EAN ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: | → Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____ |
| ▶ Ανοσοκαταστολή: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | |
| ▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ηπατο-σπληνομεγαλία <input type="checkbox"/> Πτώση σειρών αίματος <input type="checkbox"/> Δερματικές βλάβες <input type="checkbox"/> Άλλο: | |
| ▶ Προηγούμενο ιστορικό λεισμανίασης; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε; | |
| ▶ Έγινε άλλος διαγνωστικός έλεγχος για λεισμανίαση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Εάν ΝΑΙ: Τι είδους έλεγχος και με τι αποτέλεσμα; - Μικροσκοπική εξέταση μυελού: <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Αναμένεται - Ορολογική εξέταση: <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική → Ορολογική Μέθοδος:..... - Μοριακή εξέταση PCR σε(υλικό): <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική <input type="checkbox"/> Αναμένεται - Άλλος έλεγχος (περιγράψτε):..... | |

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ Ε.Ι. ΠΑΣΤΕΡ

----- Συμπληρώνεται από το εργαστήριο Ε.Ι. Παστέρ -----

| |
|--|
| Ορολογικός έλεγχος: <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αρνητικός <input type="checkbox"/> Θετικός |
| Μοριακή εξέταση PCR: <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Θετική |
| Ταυτοποίηση είδους Λεισμάνιας: <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Έγινε → Είδος: |