

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ Ή ΆΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

Μονάδα Υγείας:		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
► Ιατρός (ον/μο):		ΕΒΔΟΜΑΔΑ	
► Τηλ ιατρού:		Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
► Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγικό επίχρισμα	<input type="checkbox"/> Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
	<input type="checkbox"/> Στοματοφαρυγγικό επίχρισμα	<input type="checkbox"/> Ορός	
	<input type="checkbox"/> Πτύελα	<input type="checkbox"/> Άλλο,τί;.....	
	<input type="checkbox"/> Υλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης		
► Ημ/νία λήψης δείγματος: ___/___/___			
► Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΑΙ : ► <input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. <input type="checkbox"/> εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής <input type="checkbox"/> νοσηλεία σε θάλαμο			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

► Επώνυμο: **► Όνομα:** **► Τηλέφωνο:**

► Ηλικία: ετών (Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε "0 ")

► Φύλο: Άρρεν Θήλυ

► Κατοικία: • Νομός (Περιφερειακή Ενότητα):..... • Πόλη/χωριό:.....

ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-CoV-2 ΣΤΙΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

Ιστορικό ταξιδιού: ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ ► Εάν **ΝΑΙ**, πού;

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ασθενής με σοβαρή οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού που χρειάζεται νοσηλεία ή που νοσηλεύεται

Νοσηλευόμενος ή φιλοξενούμενος σε μονάδα ηλικιωμένων ή χρονίως πασχόντων με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Προσωπικό Υπηρεσίας Υγείας με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Ηλικιωμένος ή άτομο με υποκείμενα χρόνια νοσήματα με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού

Άλλο, Τι;

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

RT-PCR για 2019-nCov; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ	Έλεγχος αντισωμάτων έναντι 2019-nCov; <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ
Ανίχνευση άλλου παθογόνου αιτίου πνευμονίας της κοινότητας ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ► Παθογόνο:	

Εργαστήριο στο οποίο αποστέλλεται το δείγμα:.....