



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης  
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων  
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων  
Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52  
Τηλ.: 210 8817472  
e-mail: [sti-sexualhealth@eody.gov.gr](mailto:sti-sexualhealth@eody.gov.gr)

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ, ΣΥΦΙΛΗΣ ΚΑΙ ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΤΟΣ .....

### ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ :	
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΦΟΡΕΑ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
EMAIL:	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΟΝΤΑΙ  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ  
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΥΤΩΝ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ  
ΠΡΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΤΟΥΣ;

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

## ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

### 1) Παρακαλώ αναφέρατε το χώρο του Νοσοκομείου όπου διενεργείται ο διαγνωστικός έλεγχος για τη γονόρροια:

	Κλινική (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο ιατρείο)	Κλινική- Εργαστήριο (Η λήψη του δείγματος γίνεται στο ιατρείο και ακολουθεί η μεταφορά του στο εργαστήριο),	Μικροβιολογικό Εργαστήριο (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο εργαστήριο)
α) Gram χρώση ( αρνητικοί κατά Gram ενδοκυττάριοι διπλόκοκκοι)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Απομόνωση με καλλιέργεια της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Μοριακή Δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης δείγματος από τους άνδρες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 3) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης δείγματος από τις γυναίκες :

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 4) Εάν χρησιμοποιείτε μοριακή δοκιμασία για τη διάγνωση της γονόρροιας παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>	
β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
γ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας	<input type="text"/>	

5) Εάν πραγματοποιείτε καλλιέργειες <i>N. gonorrhoeae</i> , παρακαλώ αναφέρετε τα ακόλουθα:			
α) Από πού προμηθεύετε το θρεπτικό υλικό;	Εμπόριο <input type="checkbox"/>	το εργαστήριό σας <input type="checkbox"/>	
β) Τι είδους θρεπτικό υλικό χρησιμοποιείτε;	Εκλεκτικό <input type="checkbox"/>	Μη εκλεκτικό <input type="checkbox"/>	Και τα δύο <input type="checkbox"/>
γ) Τι είδους άγαρ χρησιμοποιείτε;	<input type="text"/>		
δ) Τι είδους εμπλουτιστικό υλικό ανάπτυξης χρησιμοποιείτε; Παρακαλώ προσδιορίστε και δώστε τη συγκέντρωση που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>		
Εάν χρησιμοποιείτε συμπλήρωμα αίματος			
ε) Ποια είναι η πηγή αίματος (π.χ. άλογο)	<input type="text"/>		
στ) Ποια είναι η συγκέντρωση του αίματος (π.χ. 5%)	<input type="text"/>		
ζ) Πώς γίνεται αιμόλυση του αίματος;	<input type="text"/>		
η) Ποιος αντιμικροβιακός παράγοντας χρησιμοποιείται για επιλογή; ( παρακαλώ τσεκάρτε αυτό που ισχύει)			
Συγκέντρωση ( μg/mL)			
Vancomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Colistin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nystatin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Trimethoprim	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Lincomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Amphotericin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>		

6) Εάν πραγματοποιείτε καλλιέργειες <i>N. gonorrhoeae</i> , παρακαλώ αναφέρετε τα ακόλουθα:			
α) Τα δείγματα εμβολιάζονται απ' ευθείας στο υλικό (culture plate) από τον ασθενή;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
β) Τα δείγματα (swabs) τοποθετούνται σε υλικό μεταφοράς;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
γ) Εάν ναι, ποιο υλικό μεταφοράς χρησιμοποιείτε;	<input type="text"/>		
δ) Ποια είναι η μέγιστη περίοδος επώασης για την καλλιέργεια (ώρες)	24hr <input type="checkbox"/>	48hr <input type="checkbox"/>	72hr <input type="checkbox"/>
	Άλλη, Παρακαλώ προσδιορίστε <input type="text"/>		
ε) Ποια είναι η θερμοκρασία επώασης;	<input type="text"/> °C		
στ) Ποια είναι η μέθοδος για παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα;	CO <sub>2</sub> Incubator <input type="checkbox"/>	GasPak jar <input type="checkbox"/>	Candle jar <input type="checkbox"/>
Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>		

7) Ποιες από τις ακόλουθες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε για να επιβεβαιώσετε την ταυτότητα των αποικιών <i>N. gonorrhoeae</i> :		
	Ναι	Όχι
α) Καμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Οξειδάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Gram χρώση για αρνητικούς Gram κόκκους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Συγκολλητινοαντίδραση (π.χ. Phadebact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Ανοσοφθορισμός (Microtrak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ) Χρήση υδατανθράκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ) Αμινοπεπτιδάση (Gononcheck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η) Δοκιμασίες ανίχνευσης (παρακαλώ προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>	

8) Παρακαλώ περιγράψτε λεπτομερώς τη μέθοδο ευαισθησίας που χρησιμοποιείτε				
α) Πραγματοποιείτε δοκιμασίες ευαισθησίας;	Σε όλα τα στελέχη που απομονώνονται <input type="checkbox"/>	Σε επιλεγμένα στελέχη <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="text"/>	
β) Ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;	Disk diffusion <input type="checkbox"/>	Breakpoints <input type="checkbox"/>	E Tests <input type="checkbox"/>	Agar dilution MICs <input type="checkbox"/>
γ) Χρησιμοποιείτε μάρτυρες για κάθε ομάδα δοκιμασιών;	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
δ) Χρησιμοποιείτε μια συνιστώμενη μέθοδο (WHO, CLSI)	<input type="text"/>			
	παρακαλώ προσδιορίστε			
	Ναι		Όχι	
Συμμετέχετε σε εξωτερικό πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Συμμετέχετε σε συστήματα επιτήρησης;	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>			

9) Στέλνετε στελέχη γονόκοκκου σε εργαστήρια αναφοράς για επιβεβαίωση;		
	Ναι	Όχι
α) Για διαγνωστικούς λόγους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Για δοκιμασίες ευαισθησίας σε αντιβιοτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Για προσδιορισμό του στελέχους με φαινότυπο ή DNA δοκιμασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε σε ποιο εργαστήριο	<input type="text"/>	

## ΧΛΑΜΥΔΙΑ

**10) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τους άνδρες**

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοχρωματογραφία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
δ) Ανοσοφθορισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ε) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**11) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τις γυναίκες**

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοχρωματογραφία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοφθορισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
δ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**12) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο EIA για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:**

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>
β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας	<input type="text"/>

**13) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο ανοσοφθορισμού για τη διάγνωση των γλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:**

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε

β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα

Ναι

Όχι

γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση

Ναι

Όχι

δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας

**14) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο μοριακού ελέγχου (NAT) για τη διάγνωση των γλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:**

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε

β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα

Ναι

Όχι

γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση

Ναι

Όχι

δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας

## ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ & ΧΛΑΜΥΔΙΑ

**15) Παρακαλώ αναφέρατε τις θέσεις λήψης δείγματος για γονόρροια και χλαμυδιακές λοιμώξεις στους άνδρες ανά κατηγορία σεξουαλικού προσανατολισμού**

### N. gonorrhoeae

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Ετεροφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ομοφυλόφιλοι/αμφιφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

### Χλαμύδια

α) Ετεροφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ομοφυλόφιλοι/ αμφιφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**16) Παρακαλώ αναφέρατε τις θέσεις λήψης δείγματος για γονόρροια και χλαμυδιακές λοιμώξεις στις γυναίκες**

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) N. gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Χλαμύδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

### ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΑΝ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

**17) Παρακαλώ αναφέρετε το χρόνο από την παραλαβή του δείγματος μέχρι να δοθεί απάντηση (μέρες)**

	Γονόρροια	Χλαμύδια
Μέσος χρόνος για θετική απάντηση	-----	-----
Εύρος χρόνου για θετική απάντηση	----- έως -----	----- έως -----
Μέσος χρόνος για αρνητική απάντηση	-----	-----
Εύρος χρόνου για αρνητική απάντηση	----- έως -----	----- έως -----

## ΣΥΦΙΛΗ

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ

**18) Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες (εάν κάποιες) δοκιμασίες χρησιμοποιείτε σε γεννητικές βλάβες για τη διάγνωση της πρώιμης σύφιλης**

α) Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
β) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρατε το χώρο του Νοσοκομείου όπου γίνεται ο διαγνωστικός έλεγχος	Κλινική (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο ιατρείο) <input type="checkbox"/>	Κλινική- Εργαστήριο (Η λήψη του δείγματος γίνεται στο ιατρείο και ακολουθεί η μεταφορά του στο εργαστήριο) <input type="checkbox"/>	Μικροβιολογικό Εργαστήριο (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο εργαστήριο) <input type="checkbox"/>
Αλλού, παρακαλώ προσδιορίστε	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
γ) Χρησιμοποιείτε σε μοριακές τεχνικές (PCR) για τη διάγνωση της σύφιλης;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
δ) Εάν ναι, έχετε πρόσβαση σε multiplex μοριακές τεχνικές (PCR) για τη διάγνωση άλλων αιτιών γεννητικών ελκών	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
ε) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρετε με λεπτομέρεια:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
στ) Κάνετε έλεγχο σε στοματικά έλκη για ωχρά σπειροχαΐτη	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
ζ) Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε τη δοκιμασία που χρησιμοποιείτε;	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
η) Συμμετέχετε σε σύστημα επιτήρησης;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	



## ΣΥΦΙΛΗ

### 19) ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε για την ανίχνευση και επιβεβαίωση της σύφιλης. Παρακαλώ αναφέρετε τη μέθοδο και τον κατασκευαστή για κάθε δοκιμασία.

	α) Ανιχνευτική δοκιμασία		β) Επιβεβαιωτική δοκιμασία			γ) Παραπομπή για επιβεβαίωση		Δ) Ονομασία Kit και κατασκευαστής
	Ναι	Όχι	Πάντα	Μερικές φορές	Ποτέ	Ναι	Όχι	
α) Ποιοτική VDRL/RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ποιοτική TRHA/TRPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
γ) EIA (IgG/IgM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
δ) Ποσοτική VDRL/RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ε) Ποσοτική TRHA/TRPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
στ) FTA-Abs (ολικό)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ζ) IgM EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
η) FTA –Abs IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
θ) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε								<input style="width: 100%;" type="text"/>
						<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	
ι) Στέλνετε δείγματα σε εργαστήριο αναφοράς για επιβεβαίωση;						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
μ) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρατε σε ποιο:						<input style="width: 100%;" type="text"/>		
κ) Περιλαμβάνετε "In house controls" σε κάθε παρτίδα εξετάσεων						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
λ) Συμμετέχετε σε εξωτερικά προγράμματα ποιοτικού ελέγχου						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
μ) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρετε λεπτομέρειες σε σχέση με τα προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου στα οποία συμμετέχετε						<input style="width: 100%;" type="text"/>		

### ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΑΝ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

20) Παρακαλώ αναφέρετε το χρόνο από την παραλαβή του δείγματος μέχρι να δοθεί απάντηση (μέρες)

	Σύφιλη
α) Μέσος χρόνος για θετική απάντηση	-----
β) Εύρος χρόνου για θετική απάντηση	----- έως -----
γ) Μέσος χρόνος για αρνητική απάντηση	-----
δ) Εύρος χρόνου για αρνητική απάντηση	----- έως -----

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	ΝΟΣΗΜΑΤΑ								
	Α) Γονόρροια			Β) Χλαμύδια			Γ) Σύφιλη		
	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<b>Α) ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>							Ανιχνευτική Δοκιμασία  Αριθ. ....  Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη  .....  Πρώιμη Σύφιλη  .....	Ανιχνευτική Δοκιμασία  Αριθ. ....  Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη  .....  Πρώιμη Σύφιλη  .....	Ανιχνευτική Δοκιμασία  Αριθ. ....  Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη  .....  Πρώιμη Σύφιλη  .....
<b>Β) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ</b>									
<b>Γ) ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ/ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ</b>									
Δερματολογικές/ Αφροδισιολογικές κλινικές /Εξωτερικά Ιατρεία									
Γυναικολογικές κλινικές/ Εξωτερικά Ιατρεία									
Προγεννητικός έλεγχος									
Ουρολογικές κλινικές/ Εξωτερικά Ιατρεία									
Μονάδα Λοιμώξεων/ Εξ. Ιατρεία Λοιμώξεων									
Λοιπές Κλινικές (παρακαλώ προσδιορίστε)									
Ιδιώτης ιατρός									
Άλλα Νοσοκομεία/ Ιδιωτικά εργαστήρια									
Προγράμματα Screening Εκδιδομένων Ατόμων									
Άλλο πρόγραμμα Screening Παρακαλώ προσδιορίστε	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>								
Υπογραφή Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση .....									

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ ΑΠΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

**1-1-202.... έως 31-12-202...**

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<b><u>A) ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ</u></b> <b><u>ΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u></b>	Ανιχνευτική Δοκιμασία .....	Ανιχνευτική Δοκιμασία .....	Ανιχνευτική Δοκιμασία .....
	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη .....	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη .....	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη .....
	Πρώιμη Σύφιλη .....	Πρώιμη Σύφιλη .....	Πρώιμη Σύφιλη .....
<b><u>B) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ</u></b> <b><u>ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ</u></b>			
Υπογραφή Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση.....			