



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)

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ (NEISSERIA GONORRHOEAE)

► Ημερομηνία δήλωσης: ...../...../.....

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ/ ΙΔΙΩΤΗΣ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑ: .....

### ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ιατρείο ΣΜΝ             | <input type="checkbox"/> Δερματολογική /         | <input type="checkbox"/> Μονάδα Λοιμώξεων   | <input type="checkbox"/> Εργαστηριακός Τομέας |
| <input type="checkbox"/> Γυναικολογική Κλινική   | <input type="checkbox"/> Αφροδισιολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Μαιευτική Κλινική  | <input type="checkbox"/> Άγνωστο              |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού    | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άλλο .....           |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο        | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού         |   |   |

### ΑΣΘΕΝΗΣ : ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

- Άνδρας  Γυναίκα  Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης: ...../...../.....

Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

- Ελλάδα  Αλλού:.....

► Εθνικότητα:  Ελληνική  Άλλη

► Χώρα:.....

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ/ Η:

► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο

ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ, σε Ελλάδα από (έτος): .....

Τόπος κατοικίας: ► Νομός: .....

► Πόλη/ Χωριό: .....

### ΛΟΓΟΣ/ ΛΟΓΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

- Παρουσία Συμπτωμάτων
- Προληπτικός έλεγχος
- Περιοδικός Προληπτικός Έλεγχος/ Ετήσιος Έλεγχος
- Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
- Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
- HIV  Σύφιλη  Χλαμυδιακή Λοίμωξη  HPV Λοίμωξη  Ερπητική Λοίμωξη  Ηπατίτιδα Β  Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος
- Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου
- Θύμα trafficking
- Άλλοι λόγοι, καθορίστε.....

### ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άνδρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, καθορίστε.....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

- Ελλάδα  Αλλού στην Ευρώπη
- Άγνωστο  Εκτός Ευρώπης:.....

Εκδιδόμενο άτομο:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ

Αναφερομένη επαφή με εκδιδόμενο άτομο :  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ

Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων το τελευταίο εξάμηνο:.....

Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ

#### ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

1. HIV status (πριν την επίσκεψη)  Θετικό  Αρνητικό  Άγνωστο Αν θετικό:  Πρόσφατα θετικό (<3μήνες)  Γνωστό θετικό
2. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για υπόλοιπα ΣΜΝ:
- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HIV              | <input type="checkbox"/> Σύφιλη      | <input type="checkbox"/> Χλαμυδιακή Λοίμωξη |
| <input type="checkbox"/> Ερπητική Λοίμωξη | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C        |
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HIV              | <input type="checkbox"/> Σύφιλη      | <input type="checkbox"/> Χλαμυδιακή Λοίμωξη |
| <input type="checkbox"/> Ερπητική Λοίμωξη | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C        |
| <input type="checkbox"/> HPV Λοίμωξη      |                                      |   |

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Εμφανίζει συμπτώματα  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: ...../...../.....  Άγνωστο
- Εάν ναι, ποια:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ουρηθρίτιδα                 | <input type="checkbox"/> Επιδιδυμίτιδα | <input type="checkbox"/> Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου |
| <input type="checkbox"/> Οξεία Σαλπινγίτιδα          | <input type="checkbox"/> Τραχηλίτιδα   | <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα                  |
| <input type="checkbox"/> Νεογέννητο με επιτεφυκίτιδα | <input type="checkbox"/> Πρωκτίτιδα    | <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα                    |

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....
- Σημείο δειγματοληψίας:
- |   |                                  |  |                                   |                               |                                     |
|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Γεννητικά όργανα | <input type="checkbox"/> Πρωκτός | <input type="checkbox"/> Στοματική Κοιλότητα | <input type="checkbox"/> Οφθαλμός | <input type="checkbox"/> Ούρα | <input type="checkbox"/> Άλλο:..... |
|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- Ημερομηνία διάγνωσης:...../...../.....

- |  |                              |                              |                                    |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Απομόνωση Neisseria gonorrhoeae από κλινικό δείγμα με καλλιέργεια  | <input type="checkbox"/> APN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα (nucleic acid amplification test -NAAT)   | <input type="checkbox"/> EPN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| Απόδειξη της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα με ανιχνευτή μη ενισχυμένου νουκλεϊκού οξέος                    | <input type="checkbox"/> APN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
| Μικροσκοπική ανίχνευση αρνητικών κατά Gram ενδοκυτταρικών διπλόκοκκων σε ουρηθρικό επίχρισμα από άρρενα (Gram χρώση) | <input type="checkbox"/> APN | <input type="checkbox"/> ΘΕΤ | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ |
- ΆΛΛΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

#### ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

ΝΑΙ  ΟΧΙ  
ΠΑΡΑΚΑΛΩ, ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ:.....

Ημερομηνία διάγνωσης: ...../...../.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση:.....

Ειδικότητα:.....

Υπογραφή & Σφραγίδα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... E-mail επικοινωνίας:.....

#### ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη  
Κρούσματος:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο |
| <input type="checkbox"/> Πιθανό        |
| <input type="checkbox"/> Άγνωστο       |

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....