

**Συνοδευτικό Δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος για έλεγχο λεϊσμανίασης**

**προς το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ**

**Για πληροφορίες στο Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ:** 210 6478 828, 6478 825, 6478 804, 210 6478817

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

|  |  |
| --- | --- |
| ▶ **Δείγμα:**  ορός  ολικό αίμα  μυελός  δερματικός ιστός/ επίχρισμα βλάβης  Άλλο **🡲** Τι; | ***Συμπληρώνεται από το εργαστήριο*** |
| Α.Α στο εργαστήριο: |
| Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ **Επώνυμο:** | | ▶ **Όνομα:** |
| ▶ **Ηλικία**  ετών (*σε συμπληρωμένα έτη)* | | ▶ **Φύλο:** ⬜ Άρρεν ⬜ Θήλυ |
| **▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:** | | **Πόλη/χωριό:** |
| ▶ **Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ 🡲 **Χώρα καταγωγής:** | | |
| ▶ **Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό** (τους τελευταίους 12 μήνες); ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ 🡲 **Χώρα:** | | |
| ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ |  | |
| ▶ **Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ **Ημ/νία λήψης δείγματος:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | |
| ▶ **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;**  ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ | | |
| ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: **►Νοσοκομείο:** | | **🡲 Ημ/νία εισαγωγής:** └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ |
| ▶ **Ανοσοκαταστολή:** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ | | |
| ▶ **Εκδηλώσεις:** ⬜ Πυρετός⬜ Ηπατο-σπληνομεγαλία ⬜ Πτώση σειρών αίματος  ⬜ Δερματικές βλάβες ⬜ Άλλο: …………………………………………………………………………………. | | |
| ▶ **Προηγούμενο ιστορικό λεϊσμανίασης;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ 🡲 Πότε; ………………………………………………………….. | | |
| ▶ **Έγινε άλλος διαγνωστικός έλεγχος για λεϊσμανίαση;** ⬜ ΟΧΙ ⬜ ΝΑΙ 🡪 Εάν ΝΑΙ:  **Τι είδους έλεγχος και με τι αποτέλεσμα;**   * Μικροσκοπική εξέταση μυελού: ⬜ Δεν έγινε ⬜ Αρνητική ⬜ Θετική ⬜Αναμένεται * Ορολογική εξέταση: ⬜ Δεν έγινε ⬜ Αρνητική ⬜ Θετική 🡪 Ορολογική Μέθοδος:…………………………. * Μοριακή εξέταση PCR σε ……………………(*υλικό*): ⬜ Δεν έγινε ⬜ Αρνητική ⬜ Θετική ⬜ Αναμένεται * Άλλος έλεγχος (περιγράψτε):……………………………………………………………………………………………………………………. | | |
|  | | |

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟ Ε.Ι. ΠΑΣΤΕΡ**

|  |
| --- |
| Ορολογικός έλεγχος: ⬜ Δεν έγινε ⬜ Αρνητικός ⬜ Θετικός  Μοριακή εξέταση PCR: ⬜ Δεν έγινε ⬜ Αρνητική ⬜ Θετική  Ταυτοποίηση είδους Λεϊσμάνιας: ⬜ Δεν έγινε ⬜ Έγινε 🡪 Είδος: |

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