



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (Δ.Υ.ΠΕ.)
ΚΡΗΤΗΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχυδρομική Δ/ση: Σμύρνης 26
Τ.Κ 71201, Ηράκλειο Κρήτης, Τ.Θ. 1285.
Πληροφορίες: Ανδρέας Μανουράς
Τηλέφωνο: 2813404433
Τηλεομοιοτυπία (fax): 2810-331570
Ηλεκτρονική Δ/ση (e-mail): amanouras@hc-crete.gr

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

Ηράκλειο, 29 Σεπτεμβρίου 2009

Αριθμός Πρωτ.: 11142

Φάκελος:

ΠΡΟΣ:

1. Διοικητές, Δ/ντές, Προέδρους
Μ.Κ.Φ.

2. Ιατρικοί Σύλλογοι Κρήτης

(με τη παράκληση για ενημέρωση των
μελών τους)

ΘΕΜΑ: «Αντιφυματικός Εμβολιασμός – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)»

ΣΧΕΤ: Το αρ. πρωτοκόλλου Υ1/ οικ.124086/15-9-2009 της Δ/σης Δημόσιας
Υγιεινής, Τμήμα Επιδημιολογίας Νοσημάτων του ΥΥ & ΚΑ.

Σας αποστέλλουμε το ανωτέρω σχετικό έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την αντιμετώπιση της φυματίωσης, η οποία είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνεται η δήλωση εντός εβδομάδας από την διάγνωση, με το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης(επισυνάπτεται).

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των νόσων του Αναπνευστικού (IUATLD) και του Π.Ο.Υ., η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού. Κατά συνέπεια ο αντιφυματικός εμβολιασμός BCG θα εξακολουθήσει να γίνεται όπως και τα προηγούμενα χρόνια.

Παρακαλούνται οι Υγειονομικοί Σχηματισμοί (Νοσοκομεία, Κ.Υ, ΙΑΚ), όπως συνεργαστούν με τις Δ/σεις Υγείας των Ν.Α. και συνδράμουν με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, προκειμένου να δημιουργηθούν τα εμβολιαστικά συνεργεία, ώστε να διενεργηθεί επιτυχώς ο αντιφυματικός εμβολιασμός.

Παρακαλούμε επίσης να ενημερωθούν και να λάβουν γνώση ενυπόγραφα όλοι οι γιατροί όπως παιδίατροι, γενικοί ιατροί, παθολόγοι, λοιμωξιολόγοι, πνευμονολόγοι, γενικώς οι επαγγελματίες υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα η

συμβολή των οποίων είναι καθοριστική στην υλοποίηση της εθνικής
εμβολιαστικής αντιφυματικής στρατηγικής.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΑΡΙΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Συνημμένα: έξι (6) σελίδες

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικητές 7^{ης} Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης.



7Η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ	
Αρ. Πρωτ.	10989
Ημερομηνία	24.9.09
Ενέργεια	Τηλ Δ/νσης Δ/ν
Κοινων. Πρωτ.	Διοικητική

Υποδ-την. Κ. Ζ. ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Ταχ. Διεύθυνση: Βερανζέρου 50
Ταχ. Κώδικας: 104 38 Αθήνα
Πληροφορίες: Ν. Σωτήρχου

Τηλέφωνο: 210-5205490
Fax: 210 5233563

Αθήνα, 15/9/2009

Αριθ. Πρωτ. Υ1/Γ.Π./ο.ε. 124086

ΠΡΟΣ: 1) Όλες τις Νομικές Αυτοτελείς,
Δ/σεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής
και Δ/σεις Υγείας, Πρόνοιας
Έδρες τους
2) Υ.ΠΕ. της χώρας
(με την υποχρέωση να ενημερώσουν
τα Νοσοκομεία, Κ.Υ., Ι.Α.Κ. και
Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας
αρμοδιότητάς τους)

ΘΕΜΑ: «Αντιφυματικός Εμβολιασμός – Φυματίωση (Δήλωση κρουσμάτων)»

Σχετ.: 1. Τα από 13/12/2006, 11/4/2007, 5/10/2007, 4/12/2007, 3/10/2008, 16/7/2009
και 1/9/2009 Πρακτικά της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών
2. Η υπ'αριθμ. Υ1/οικ.4832/30.9.1997 εγκύκλιός μας «Δερμοαντίδραση κατά
Mantoux και εμβολιασμός με BCG»
3. Η με αριθμ. πρωτ. Υ1/Γ.Π/οικ. 119781/9.11.2005 εγκύκλιός μας περί
«Προμήθειας Φυματίνης»
4. Η με αρ. πρωτ. 13331/20.10.2008 εγκύκλιός για τον «Αντιφυματικό
Εμβολιασμό»

Η φυματίωση είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα βάσει του Β.Δ./ΦΕΚ 262^Α
/1950 «περί μέτρων καταπολέμησης επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δήλωσης
αυτών». Η έγκαιρη δήλωση των κρουσμάτων φυματίωσης, σύμφωνα με την
Β1α/οικ.1420/27.2.1998 εγκύκλιό μας προς τις Δ/σεις Δημόσιας Υγείας των
Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και προς το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης του
ΚΕΕΛΠΝΟ είναι ιδιαίτερα σημαντική και γίνεται εντός εβδομάδας από την διάγνωση,
είτε από τους κλινικούς, είτε από τους εργαστηριακούς γιατρούς με το Δελτίο Δήλωσης
Κρούσματος Φυματίωσης, το οποίο έχει αποσταλεί σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας
(επισυνάπτεται).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), επισημαίνοντας τον κίνδυνο της
επανεμφάνισης μεγάλου αριθμού κρουσμάτων φυματίωσης (μετανάστες,
μετακινούμενοι πληθυσμοί κ.ά.), συσχετιζόμενου συχνά και με τα κρούσματα του
AIDS παγκοσμίως, συνιστά την διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών, σε συνδυασμό
με την ανεύρεση δεικτών διαμόλυνσης του ευπαθούς πληθυσμού, προκειμένου τα
Κράτη Μέλη του να αναπροσαρμόσουν τα προγράμματα αντιφυματικού αγώνα
συμπεριλαμβάνοντας και τον αντιφυματικό εμβολιασμό (BCG).

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των νόσων του Αναπνευστικού (IUATLD) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (Βιβλιογρ. WHO/WER 2004, 79:25-40), η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη διακοπή του αντιφυματικού εμβολιασμού. Κατά συνέπεια ο αντιφυματικός εμβολιασμός BCG θα εξακολουθήσει να γίνεται όπως και τα προηγούμενα χρόνια, δηλ. στην ηλικία των 6 ετών, αφού προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως, στον εμβολιασμό των παιδιών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου όπως:

- Μετανάστες από χώρες με υψηλό ή μέσο δείκτη ενδημικότητας
- Καταυλισμοί αθιγγάνων και άλλων πληθυσμιακών ομάδων που ζουν σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης
- Παιδιά με Mantoux (-) , στην οικογένεια των οποίων υπάρχει άτομο με φυματίωση (θετικά πτύελα)
- Νεογνά μητέρων που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV (όχι βρέφη που έχουν παρουσιάσει ήδη συμπτωματολογία βρεφικού AIDS)
- Νεογνά, στο άμεσο περιβάλλον των οποίων, υπάρχει άτομο με φυματίωση (εμβολιάζονται κατά τη γέννηση).

Για όσα παιδιά δεν εμβολιάσθηκαν για διάφορους λόγους στη συνιστώμενη ηλικία, ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει οποτεδήποτε μέχρι την ηλικία των 12 ετών. Γίνεται κάθε προσπάθεια ο εμβολιασμός να διενεργείται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Επιπλέον, όσοι υγιείς ενήλικες απαιτείται για συγκεκριμένους λόγους να εμβολιασθούν, μπορούν με ασφάλεια να το κάνουν (ο εμβολιασμός με BCG γίνεται ανεξαρτήτου ορίου ηλικίας χωρίς ιατρικές αντενδείξεις), εφόσον προηγηθεί έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux. Έλεγχος της Mantoux μετά τον εμβολιασμό για πιστοποίηση της θετικοποίησης της δεν συνιστάται. Επίσης εάν προηγηθεί εμβολιασμός με το εμβόλιο της εποχικής ή/και της νέας γρίπης, ο εμβολιασμός με το εμβόλιο BCG συνιστάται να απέχει τουλάχιστον έξι (6) εβδομάδες.

Παράλληλα, συνιστάται μαζικός προληπτικός έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux στις ηλικίες 12-15 μηνών, 4 έως 6 ετών (πριν τον εμβολιασμό με BCG) και στην ηλικία 11 έως 12 ετών στα ανεμβολίαστα παιδιά (όταν γίνεται η εκτίμηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης).

Αναφορικά με τον έλεγχο των **εκπαιδευτικών**, είναι απαραίτητη η ακτινογραφία θώρακος (αν δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη) και η δερμοαντίδραση (mantoux) κατά την πρόσληψή τους και στη συνέχεια ανά πενταετία. Στην περίπτωση που κατά το μεσοδιάστημα εμφανιστεί επίμονος βήχας, ο οποίος διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, πέραν της κλινικής εξέτασης, πρέπει να γίνεται έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος. Αν υπάρχουν ακτινολογικά ευρήματα, επιβάλλεται έλεγχος του ευρύτερα κοινωνικού και ιδιαίτερα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ιδιαίτερως τονίζουμε τα κατωτέρω:

Α) Το εμβολιαστικό συνεργείο να είναι ειδικά εκπαιδευμένο ως προς την τεχνική και στην καλή εφαρμογή της, ώστε τόσο η δερμοαντίδραση Mantoux όσο και ο αντιφυματικός εμβολιασμός (BCG) να διενεργείται καθαρά ενδοδερμικά. **Σε παιδιά άνω του ενός (1) έτους και σε ενήλικες η δόση του εμβολίου είναι 0,1ml. Σε βρέφη κάτω του ενός (1) έτους η δόση είναι 0,05ml.**

Β) Να δραστηριοποιηθούν όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας, καθώς και οι Νομαρχιακές Υγειονομικές Υπηρεσίες, τα Κέντρα Υγείας, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, τα λειτουργούντα Αντιφυματικά Κέντρα, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα, τα Ασφαλιστικά Ταμεία κ.ά. προς την κατεύθυνση της έγκαιρης ανίχνευσης της φυματίωσης (κυρίως στις ομάδες αυξημένου κινδύνου που αναφέρθηκαν καθώς και στο προσωπικό

υγειονομικών, εκπαιδευτικών και άλλων φορέων που μπορεί να είναι πηγές διασποράς της νόσου).

Γ) Τα Εμβολιαστικά Κέντρα της χώρας να διενεργούν τον αντιφυματικό εμβολιασμό σε όλα τα παιδιά (ανεξαιρέτως ασφαλιστικής κάλυψης ή μη), αφού βεβαίως προηγουμένως γίνει έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux.

Δ) Οι Νομαρχιακές Υγειονομικές Υπηρεσίες υποχρεούνται να εφοδιάζουν με τις απαραίτητες ποσότητες BCG όλα τα Εμβολιαστικά Κέντρα που συμμετέχουν στη διενέργεια του αντιφυματικού εμβολιασμού, εκτός των ασκούντων ελεύθερο επάγγελμα παιδιάτρων, οι οποίοι μπορούν να προμηθεύονται το εμβόλιο BCG από το Ινστιτούτο Παστέρ με την προϋπόθεση ο εμβολιασμός να εγγράφεται στο Βιβλιário Υγείας του Παιδιού.

Ε) Να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό αντιφυματικού εμβολιασμού των μαθητών της Α' Δημοτικού όλων των Σχολείων της χώρας (Δημόσιων και Ιδιωτικών).

Για να αλλάξει η πολιτική του αντιφυματικού εμβολιασμού σε μια χώρα, πρέπει απαραίτητα να διαθέτει αξιόπιστο εθνικό σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης και ελέγχου της νόσου. Επειδή η καταγραφή των κρουσμάτων είναι το πρώτο και σημαντικό βήμα για τον έλεγχο της φυματίωσης, παρακαλούμε όπως φροντίσετε για την δήλωση των κρουσμάτων της νόσου από τα Νοσοκομεία και τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες που υπάγονται στην αρμοδιότητά σας. Ειδικότερα, τα Γραφεία Κίνησης Ασθενών των Νοσοκομείων, πριν να χορηγήσουν το εξιτήριο σε ασθενή με διάγνωση «Φυματίωση», να ελέγχουν ότι έχει σταλεί προηγουμένως η Δήλωση του κρούσματος στο ΚΕΕΛΠΝΟ και στην Υγειονομική Υπηρεσία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Στην υπηρεσία μας είναι γνωστό ότι αρκετές από τις Δ/σεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Ν.Α.) είναι υποστελεχωμένες (ιατρικό, λοιπό υγειονομικό και άλλο προσωπικό). Για το λόγο αυτό παρακαλούνται οι Υγειονομικοί Σχηματισμοί (Νοσοκομεία, Κ. Υ., ΙΑΚ), όπως συνεργαστούν με τις Δ/σεις Υγείας των Ν.Α. και συνδράμουν με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, προκειμένου να δημιουργηθούν τα εμβολιαστικά συνεργεία, ώστε να διενεργηθεί επιτυχώς ο αντιφυματικός εμβολιασμός.

Συνημμένα: Το Δελτίο Δήλωσης Κρούσματος Φυματίωσης



ΕΠΙΣΤΕΥΟΜΕΝΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΤΗΣ
ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ
ΕΙΡΗΝΗ ΠΕΤΣΗ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (με συνημμένα)

Β. ΡΙΖΑΣ

1. Ε.Ο.Φ.

Μεσογείων 384 Τ. Κ. 11522 Χολαργός

2. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Πλουτάρχου 3 Τ. Κ. 10675 Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

3. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Δ/ση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας

Σταδίου 29, 10559 Αθήνα

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα
Ασφαλιστικά Ταμεία)

4. Ε.Ι. Παστέρ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΚΡ.Π.Δ

002

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΠΙΔΕΙΞΕΩΣ
Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παράγνωσης
Μαζικών 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210.8898.000
Φαξ: 210.8818.555 • E-mail: epidei@keel.org.gr
Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔΣ
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / Ιδιώτης
που δηλώνει το κρούσμα: _____

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΥΔΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	
1.1 Επώνυμο: _____	► Όνομα: _____
1.2 Ημερία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: _____ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ	(ΣΗΜΑΙΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΙΣΤΗ Η ΠΑΡΕΥΡΑ (ΓΕΝΗΤΡΙΑ))
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: _____	► Πόλη/χωριό: _____
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: _____	► Τηλ: _____
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Σχέση: _____	
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή σε ομαδική διαβίωση: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιά: _____	
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Ποιά: _____	
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Χώρα: _____	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: ☐ Μετανάστης ☐ Τοξικομανής ☐ Άλλο	
2.5 Έχει γίνει BCG: ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → Πότε (έτος): ____/____/____	
Εχει ούλη από BCG: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
3.1 Ημερία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	
3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: ☐ ΑΓΝ ☐ ΣΕΤ ☐ Αμφίβολο ☐ ΑΓΝ	
3.3 Α/α θώρακος: ☐ ΑΓΝ ☐ ΣΕΤ → Α) Έκταση: ☐ Περιορισμένη ☐ Εκτεταμένη Β) Σπηλαιο: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	
3.4 Εντόπιση νόσου: ☐ Πνευμονική ☐ Εξωπνευμονική → Ποιά εντόπιση: _____	
☐ Αδενική ενδοθωρακική ☐ ΚΝΣ: μήνιγγες ☐ Οστέο-αρθρώσεις ΣΣ	
☐ Αδενική εξωθωρακική ☐ ΚΝΣ: ακύς μηνίγγων ☐ Οστέο-αρθρώσεις εκτός ΣΣ	
3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή: ☐ ΟΧΙ ☐ ΑΓΝ ☐ ΝΑΙ → Τι: _____	
3.6 Προηγούμενα θεραπεία: ☐ ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) ☐ ΝΑΙ (προηγούμενη θεραπεία) → Έκβαση: ☐ Υποτροπή ☐ Διακοπή αγωγής ☐ Αποτυχία αγωγής	
3.7 Θεραπευτική αγωγή: ☐ ΦΗ ☐ ΡΕΦ ☐ ΕΠΗ ☐ ΡΥΡ ☐ ΣΤΡ ☐ Άλλο: _____	
3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: _____ μήνες	
3.9 Ημερία έναρξης αγωγής: ____/____/____	
3.10 Έκβαση: ☐ Ολοκλήρωση αγωγής ☐ Σε αγωγή ☐ Θάνατος → Ημερία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός: _____	
► Τηλέφωνο για συνεννόηση: _____	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό: _____ ☐ ΑΡΝ ☐ ΣΕΤ ☐ Δεν έγινε	
4.2 Δόθηκε καλλιέργεια: ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ → Εργαστήριο: _____	
4.3 Καλλιέργεια: ☐ ΑΡΝ ☐ ΣΕΤ ☐ Ανα- μένεται	
4.4 Άλλα διαγνω- στικά ευρήματα: _____	
4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου: _____	
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: _____	
Υπογραφή (α. σφραγίδα): _____	

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΠΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.