



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ
HIV+ ΑΤΟΜΩΝ**

**Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων
Υπουργείο Υγείας**

Αγράφων 3-5, 151 23 Μαρούσι

Τηλ: 210 - 52.12.000, 210 - 52.12.133

Fax: 210 - 52.12.121, 210 - 52.12.130

www.keelpno.gr

A. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Προσωπικά στοιχεία

Αρχικά ονοματεπώνυμο

 /

Επώνυμο Όνομα

Ημερομηνία γέννησης

 / /

Ημέρα Μήνας Έτος

Φύλο

 Άρρεν Θήλυ Άλλο

Εθνικότητα

Χώρα γέννησης

Τόπος διαμονής

Έτη παραμονής στην Ελλάδα για άτομα Αλλοδαπής Εθνικότητας

Υπηρεσία που έγινε η λήψη δείγματος

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Κέντρο Αναφοράς & Ελέγχου AIDS, καθορίστε | <input type="checkbox"/> Μονάδα Λοιμώξεων, καθορίστε |
| <input type="checkbox"/> Ιατρείο Σ.Μ.Ν., καθορίστε..... | <input type="checkbox"/> Ιδιωτ. Νοσοκομείο, καθορίστε |
| <input type="checkbox"/> Αιμοδοσία, καθορίστε | <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό εργαστήριο, καθορίστε..... |
| <input type="checkbox"/> Δημόσιο Νοσοκομείο, καθορίστε..... | <input type="checkbox"/> Άλλη, καθορίστε |

Λόγος-οι εξέτασης

- Σύντροφος HIV οροθετικού ατόμου
- Δότης αίματος/σπέρματος/οργάνων
- Σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικό άτομο
- Προληπτικός έλεγχος, καθορίστε
- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (χωρίς προφυλακτικό) ή σεξουαλική επαφή με ρήξη προφυλακτικού
- Διαγνωστικοί λόγοι, καθορίστε
- Προγεννητικός έλεγχος
- Θύμα Trafficking
- Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ
- Άλλοι λόγοι, καθορίστε

Συνυπάρχουσες λοιμώξεις, καθορίστε

.....
.....
.....

Υπηρεσία Δήλωσης

Υπηρεσία.....

Διεύθυνση

Τηλ:.....

Fax:

E-mail:

Όνομ/μο ατόμου που πραγματοποιεί τη δήλωση.....

Ειδικότητα.....

Ημερομηνία δήλωσης / /

Υπογραφή & Σφραγίδα