



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## Συνοδευτικό Δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος για έλεγχο Μπορρελίωσης, Ρικετσίωσης, Αναπλάσμωσης, Ερλιχίωσης

Για πληροφορίες από τη Μονάδα Ζωνόσων & Γεωγραφικής Ιατρικής, Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας και Μικροβιακής Παθογένεσης, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης:

email: [psaroulaki@uoc.gr](mailto:psaroulaki@uoc.gr), τηλ. 2810 394743, 2810 394741, 2810 394624

▶ Μονάδα Υγείας:	
▶ Όν/μο θεράποντα ιατρού:	
▶ Τηλέφωνο ιατρού για συνεννόηση:	▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):
▶ Φαξ/ email για αποστολή αποτελεσμάτων:	
▶ Δείγμα: <input type="checkbox"/> ορός <input type="checkbox"/> ολικό αίμα <input type="checkbox"/> ENY <input type="checkbox"/> δερματικός ιστός/ επίχρισμα βλάβης <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι;	<b>Συμπληρώνεται από το εργαστήριο</b> A.A στο εργαστήριο: Ημ/νία παραλαβής στο εργαστήριο: ____/____/____

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

▶ Επώνυμο:	▶ Όνομα:
▶ Ηλικία _____ ετών (σε συμπληρωμένα έτη)	▶ Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
▶ Κατοικία: Περιφερειακή Ενότητα:	▶ Πόλη/χωριό:
▶ Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα καταγωγής:	
▶ Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό (τις τελευταίες 30 ημέρες); <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρες:	
<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	
▶ Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____ Ημ/νία λήψης δείγματος: ____/____/____	
▶ Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
▶ Ανοσοκαταστολή: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι;	
▶ Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Μεταναστευτικό Ερύθημα <input type="checkbox"/> Γενικευμένο εξάνθημα <input type="checkbox"/> Καταβολή <input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Μυαλγίες/ Αρθραλγίες <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα <input type="checkbox"/> Καρδιολογικές εκδηλώσεις <input type="checkbox"/> Χρόνια ατροφική ακροδερματίτιδα <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδα <input type="checkbox"/> Μυελίτιδα <input type="checkbox"/> Νευρίτιδα/ ριζονευροπάθεια <input type="checkbox"/> Άλλο:	
▶ Ιστορικό μεταναστευτικού ερυθήματος/ νόσου Lyme στο παρελθόν; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε:	
▶ Ιστορικό νύγματος από κρότωνα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε/ πού:	

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

----- Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο -----

Έλεγχος για Μπορρελίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αποτέλεσμα:
Έλεγχος για Ρικετσίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αποτέλεσμα:
Έλεγχος για Αναπλάσμωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Αποτέλεσμα: