



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Αθήνα, 31.1.2022

Προς τους
Πρόεδρους των Ιατρικών Συλλόγων
της Χώρας

ΑΠ: 11615

Κυρία/ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε έγγραφο του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, αριθμ.πρωτ. 11862/14.12.2021, (ΑΠ ΠΙΣ: 11614/31.1.2022) Ορθή Επανάληψη με θέμα: «Υποχρεωτική Δήλωση Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.)» με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

Για τον Π.Ι.Σ.
Ο Πρόεδρος
Ο Γενικός Γραμματέας
Δρ Αθανάσιος Α. Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Δρ Γεώργιος Ι. Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγράφων 3-5, Μαρούσι
Τ.Κ. 15123
Τηλ. 2105212000
www.eody.gov.gr
f: @eody
t: @eody_gr

Πληροφορίες:
Γιώργος Ρηγάκος
Προϊστάμενος Τμήματος Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ)
Πολυκλινική Αθηνών
Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ. 210 88217475 – 2
Email: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΣΧΕΔΙΟ ΚΠ 11862 - 14/12/2021

Μαρούσι,
Αρ. Πρωτ. :
Διαβάθμιση :ΚΠ

Προς : Όπως Πίνακας Αποδεκτών

**Θέμα: «Υποχρεωτική Δήλωση Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.)»**

Αξιότιμοι Κύριοι / Κυρίες,

θα θέλαμε να σας γνωστοποιήσουμε ότι ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) προχώρησε στη σύσταση του Γραφείου Σεξουαλικής Υγείας και του Τμήματος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων της Διεύθυνσης Πρόληψης και Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV /AIDS, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων & Ηπατιτίδων (Ν. 4633/2019 (Α 161), υπ' αριθμό πρωτ. ΕΟΔΥ 975/ 17.01.2020 Απόφαση ΔΣ ΕΟΔΥ), με σκοπό την πρόληψη της διασποράς των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.).

Συγκεκριμένα:

Α. Το Γραφείο Σεξουαλικής Υγείας (Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Ομόνοια-2108813615) παρέχει στο κοινό **δωρεάν, ανώνυμο, εμπιστευτικό και χωρίς ραντεβού τεστ ταχείας ανίχνευσης για HIV, Σύφιλη, Χλαμύδια, Ηπατίτιδα Β και C (rapid test)**. Τα τεστ αυτά πλαισιώνονται από συμβουλευτική, ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη πριν και μετά τη διενέργειά τους.

Β. Το Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων έχει σκοπό την επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ καθώς και την αποστολή επιδημιολογικών δεδομένων των ΣΜΝ προς το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC).

Το 2009 αναπτύχθηκε το νέο σύστημα επιτήρησης για όλα τα υποχρεωτικώς δηλούμενα ΣΜΝ, το οποίο συλλέγει, με ατομικά δελτία δήλωσης και συγκεντρωτικά ετήσια δελτία εργαστηριακής δήλωσης, τα δεδομένα για τη γονόρροια, τη σύφιλη και τις χλαμυδιακές λοιμώξεις. **Η δήλωση των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων σύφιλης, γονόρροιας, συγγενούς σύφιλης και αφροδίσιου λεμφοκοκκιάματος είναι υποχρεωτική από το 1950 (Β.Α. 3/9.11.1950). Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις δηλώνονται υποχρεωτικά από το 2011 (Αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π.οικ 15269/8-2-2011) στο πλαίσιο εναρμόνισης με τις ανάγκες επιτήρησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.**

Η υποχρεωτικότητα της δήλωσης αφορά τόσο τον Δημόσιο όσο και τον Ιδιωτικό Τομέα.

Με αφορμή την σοβαρή υποδήλωση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, παρακαλούμε για την ενημέρωση των μελών σας, των οποίων η ειδικότητα άπτεται των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, σχετικά με την υποχρεωτικότητα της δήλωσής τους και την αποστολή των στοιχείων στο Τμήμα Σ.Μ.Ν. του ΕΟΔΥ Αναλυτικότερα:

Α. Τα Εργαστήρια υποχρεούνται να δηλώνουν στο τέλος κάθε έτους τα εργαστηριακά δεδομένα όλης της χρονιάς που αφορούν στη Γονόρροια, Σύφιλη και στις Χλαμυδιακές Λοιμώξεις, μέσω της συμπλήρωσης του Δελτίου Ανασκόπησης Συστημάτων Εργαστηριακής Διάγνωσης και να το αποστέλλουν στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Ε.Ο.Δ.Υ. (Βλέπε παρακάτω τα στοιχεία αποστολής)

Β. Οι ιατροί υποχρεούνται να δηλώνουν οποιαδήποτε περίπτωση διάγνωσης των εν λόγω νοσημάτων, μέσω της συμπλήρωσης των Ατομικών Δελτίων Δήλωσης και να τα αποστέλλουν εντός μιας εβδομάδας από την διάγνωσή τους στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Ε.Ο.Δ.Υ. (Βλέπε παρακάτω τα στοιχεία αποστολής)

Σας επισυνάπτουμε τα Δελτία Ανασκόπησης Συστημάτων Εργαστηριακής Διάγνωσης και τα Ατομικά Δελτία Δήλωσης ανά νόσημα για το έτος 2021, σε μορφή pdf, προς διευκόλυνσή σας, τα οποία είναι αναρτημένα και στο site του Ε.Ο.Δ.Υ. (www.eody.gov.gr) ανά νόσημα, επίσης.

Τα στοιχεία αποστολής είναι τα κάτωθι:

- E-mail (sti-sexualhealth@eody.gov.gr)
- Ταχυδρομική Διεύθυνση: Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Ομόνοια 105 52 Αθήνα

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας, χωρίς την ύπαρξη της οποίας δεν είναι δυνατή η επιτήρηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και, συνεπώς, η εκπλήρωση της υποχρέωσης της χώρας απέναντι στον Ευρωπαϊκό φορέα (ECDC).

Με τιμή

Ο Πρόεδρος ΔΣ ΕΟΔΥ

Θεοκλής Ζαούτης

Εσωτερική Διανομή :

Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS,

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ) & Ηπατιτίδων

Γραφείο Γραμματείας Αντιπροέδρου Μεταδοτικών Νοσημάτων

Γραφείο Σεξουαλικής Υγείας

Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων

Πανεπιστημίου 58, 10678 Αθήνα, Τηλ. 210 3306487, Email: contact@pasidik.gr

2. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Πλουτάρχου 1, 10675 Αθήνα, Τηλ. 210 7258660- 7295031-2, Email: pisinfo@pis.gr

3. Ιατρικοί Σύλλογοι:

1. ΛΕΥΚΑΔΑΣ, Ι. Μελά 193, 31100 Λευκάδα, Τηλ. : 2645024507 - Email: islefkadas@gmail.com
2. ΠΑΤΡΩΝ, Βότση 42, 26221, Τηλ.: 2610 278866, Πάτρα Τ.Θ.: 1171, 26110, Πάτρα - Email: i.s.patras@ispatras.gr
3. ΑΘΗΝΩΝ, Σεβαστουπόλεως 113, 11526, Αθήνα, Τηλ.: 210 3816404, 210 3839770-
Email: isathens@isathens.gr
4. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, Πλ. Αριστοτέλους 4, 546 23 Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310262300, 2310273755 και 2310251960
Email: grammatia@isth.gr
5. ΘΗΒΩΝ, Κάδμου 1, 32200 Θήβα, Τηλ.: 22620 80701 – Email: isthivon@gmail.com
6. ΛΕΙΒΑΔΙΑΣ, Ανδρεαδάκη 13-15, 32131 Λειβαδιά (Πρώην Π. Μαχητών, Κτήριο Εργατικού Κέντρου Λειβαδιάς) Τηλ.: 22610 26547 Email: iatr45@otenet.gr
7. ΡΟΔΟΥ, Ερυθρού Σταυρού 14, 85100 Ρόδος, Τηλ. 22410 26422, Email: med@isrodou.gr
8. ΑΙΓΙΟΥ, Φειζοπούλου 8, 25100 Αίγιο Αχαΐας, Τηλ. 26910 28061, Email: isaigiou@gmail.com
9. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Γ. Παπανδρέου 2 (Κτίριο Β), 45444 Ιωάννινα, Τηλ 26510 25324,
Email: info@isioanninon.gr
10. ΛΕΣΒΟΥ, Καβέτσου 17, 81100 Μυτιλήνη, Τηλ. 22510 28182, Email: iatrikoslesvou@gmail.com
11. ΣΑΜΟΥ, Συνταγματάρχου Κεφαλοπούλου 17, Εντός Γ.Ν. Σάμου, 83100 Σάμος, Τηλ. 22730 22393
Email: iatrikossamos@vahoo.gr
12. ΔΡΑΜΑΣ, Μ. Αλεξάνδρου 42, 66100 Δράμα, Τηλ. 2521022830, Email: iasd@otenet.gr
13. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ, Λ. Βεργώτη 20 (1^{ος} όροφος), 28100 Αργοστόλι, Τηλ. 26710 25965,
Email: iskefalonias@gmail.com
14. ΞΑΝΘΗΣ, 28^{ης} Οκτωβρίου 214, 67100 Ξάνθη, Τηλ. 25410 23757, Email:
iatrikossyllogosxanthis@gmail.com
15. ΦΩΚΙΔΑΣ, Ανδρούτσου 11, 33100 Άμφισσα, Τηλ. 22650 29576, Email: isfokida@otenet.gr
16. ΕΒΡΟΥ, Σωκράτη Οικονόμου 4, 68131, Αλεξανδρούπολη, Τηλ. 25510 28342, Email:
iatrikosevrou@gmail.com
17. ΚΙΛΚΙΣ, Σπάρτης 13, Τ.Θ.: 34, 61100 Κιλκίς, Τηλ. 23410 23285, Email: iskilkis@otenet.gr
18. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ, Μουσείου 3 – Πολύγυρος, 63100 Χαλκιδική, Τηλ. 23710 24844, Email:
lschagr@gmail.com
19. ΕΥΒΟΙΑΣ, Μιαούλη 2, 34100 Χαλκίδα, Τηλ. 22210 23125, Email: isylevia@otenet.gr
20. ΚΟΖΑΝΗΣ, Ξ. Τριανταφυλλίδη 19, 50100 Κοζάνη, Τηλ. 24610 34652, Email: iskozani@otenet.gr
21. ΠΕΙΡΑΙΑ, Πλ. Π. Μπακογιάννη 5 (Αγ. Κωνσταντίνου 5), 18531 Πειραιάς, Τηλ. 2104178775, 2104170652,
Email: iatrikospeiraia@gmail.com
22. ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ, Καραϊσκάκη Γεωργίου 5, 27200 Αμαλιάδα, Τηλ. 26220 27833, 27200 27833,
Email: isamaliadas@gmail.com

23. ΚΑΒΑΛΑΣ, Φιλικής Εταιρείας 9, 65403 Καβάλα, Τ.Θ: 1561, Τηλ. 2510 223 172, Email: info@iskavalas.gr
24. ΣΕΡΡΩΝ, Τσαλοπούλου 12, 62100 Σέρρες, Τηλ. 2321022202 FAX:2321022910, Email: iatr-ser@otenet.gr
25. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ, Ασκληπιού 30, 21100 Ναύπλιο, Τηλ. 27520 24760, Email: isargolidos@gmail.com
26. ΑΡΚΑΔΙΑΣ, Φιλελλήνων 8, 22100 Τρίπολη, Τηλ. 2710 237412, Email: isarkadias@gmail.com
27. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ, Ηρώων Πολυτεχνείου 24, 43100 Καρδίτσα, Τηλ. 2441021734, Email: iskarditsas@otenet.gr
28. ΜΑΓΝΗΗΣΙΑΣ, Σπ. Σπυρίδη 35 – 39, 38221 Βόλος, Τηλ. 24210 2529, Email: info@ismagnesia.gr
29. ΤΡΙΚΑΛΩΝ, Βύρωνος 17, 42100 Τρίκαλα, Τηλ. 24310 28805, Email: iatr70@otenet.gr
30. ΑΡΤΑΣ, Κ. Παλαμά 28, 47132 Άρτα, Τηλ. 26810 28111, Email: iatrikos.artas@gmail.com
31. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ, Μητροπόλεως 58, 52100 Καστοριά, Τηλ. 2467082029, Email: iskastor@hotmail.com
32. ΑΙΤΩΛΟΚΑΡΝΑΝΙΑΣ, Σπ. Μουστακλή 8, Τ.Θ.124, 30200 Μεσολόγγι, Τηλ. 2631024464, Email: isipmes@gmail.com
33. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ, Πλ. Λαού, 35100 Λαμία, Τηλ. 22310 22001, Email: info@isf.gr
34. ΓΡΕΒΕΝΩΝ, Ιατρού Καρνάβα Νικολάου 3, 51100 Γρεβενά, Τηλ. 24620 24443, Email: isgre@yahoo.gr
35. ΚΕΡΚΥΡΑΣ, Πλ. Σκαραμαγκά 4, 49100 Κέρκυρα, Τηλ. 2661046023, Email: isk@otenet.gr
36. ΖΑΚΥΝΘΟΥ, Δαμίρη 6, 29100, Ζάκυνθος, Τηλ. 26950 26778, Email: iatrikoszak@yahoo.gr
37. ΚΥΚΛΑΔΩΝ, Ανδρέα Παπανδρέου 3, Ερμούπολη, 84100 Σύρος, Τηλ. 22810 87943, Email: medicalasc@gmail.com
38. ΠΙΕΡΙΑΣ, 25^{ης} Μαρτίου 12, 60100 Κατερίνη, Τηλ. 23510 29205, Email: i-s-pier@otenet.gr
39. ΗΜΑΘΙΑΣ, Πλατεία Ρακτιβάν 1, 59100 Βέροια, Τηλ. 23310 24740, Email: isimathia@gmail.com
40. ΚΩ, Ελευθερίου Βενιζέλου 5, 85300 Κως, Τηλ. 22420 26580, Email: iskoippokratis@gmail.com
41. ΠΡΕΒΕΖΑΣ, Θεοφάνους 5, 48100 Πρέβεζα, Τηλ. 26820 25595, Email: isprevezas@gmail.com
42. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, Κριτοβουλίδου 19, 71201 Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ. 2810 283385, 2810 330193, Email: info@ish.gr
43. ΛΑΚΩΝΙΑΣ, Αρχιδάμου 77-79, 23100 Σπάρτη, Τηλ. 27310 26731, Email: islakonias@gmail.com
44. ΠΥΡΓΟΥ, Πατριάρχου Γρηγορίου Ε 1, 27100 Πύργος, Τηλ. 26210 22311, Email: ispo@otenet.gr
45. ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ, Γρ. Λαμπράκη 17Α, 46100 Ηγουμενίτσα, Τηλ. 26650 25270, Email: info@isthesprotias.gr
46. ΚΑΛΥΜΝΟΥ, Αγ. Θεολόγος, Τ.Θ. 5, 85200 Κάλυμνος, Τηλ. 22430 29573, Email: info@isek.gr
47. ΛΗΜΝΟΥ, ΚΥΔΑ Π. 95, Μύρινα, 81400 Λήμνος, Τηλ. 22540 25150, Email: limnos_med@yahoo.gr
48. ΣΗΤΕΙΑΣ, Ελ. Βενιζέλου 42, 72300 Σητεία, Τηλ. 28430 23452, Email: issitias@gmail.com

4. ΕΝΩΣΗ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23 Μαρούσι, Τηλ. 210 6869279, Email: enmge01@gmail.com

5. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΑΛΚΑΙΟΥ 10, ΑΘΗΝΑ 11528, Τηλ. 2107774607 & FAX: 2107774609, Email: helobgyn@otenet.gr

6. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Μιχαλακοπούλου 36, 115 28 Αθήνα, Email: edae@edae.gr

7. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

P.O. Box 140 85, Gr-11521, Τηλ: 210.698 3945 - Fax: 210.698 3945, Email: eemaa@aids.org.gr

8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

9. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ραβινέ 23, 115 21 Αθήνα, Τηλ. 210 7223126, Email: hua@huanet.gr

10. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

ΟΜΙΛΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ «Βιοιατρική»

1. Αγ. Δημητρίου 54, Αγ. Δημήτριος Τ.Κ: 173 48 – agiosdimitrios@bioiatriki.gr
2. Μεσογείων 384, Αγ. Παρασκευή Τ.Κ:153 42 – aparakevi@bioiatriki.gr
3. Χέλμου 24, Αγ. Στέφανος Τ.Κ.:145 65 – astefanos@bioiatriki.gr
4. Λ. Θηβών 513, Αιγάλεω Τ.Κ.: 122 43 – egeleo@bioiatriki.gr
5. Λ. Αλεξάνδρας 142, Αμπελόκηποι Τ.Κ: 114 71 – alexandras@bioiatriki.gr
6. Λ. Βουλιαγμένης 578, Αργυρούπολη Τ.Κ: 164 52 – alimos@bioiatriki.gr
7. Κηφισίας 132 & Παπαδά, Αμπελόκηποι Τ.Κ: 115 26 – ampelokipoi@bioiatriki.gr
8. Λ. Βουλιαγμένης 187 & Άρτης, Άνω Γλυφάδα Τ.Κ :166 74 – glyfada@bioiatriki.gr
9. Λ. Βάρης 6, Βάρη Τ.Κ: 166 72 – vari@bioiatriki.gr
10. Λ. Βουλιαγμένης 191, Δάφνη Τ.Κ:172 35 – dafni@bioiatriki.gr
11. Ελ. Βενιζέλου 133, Ηλιούπολη Τ.Κ: 163 43 – ilioupoli@bioiatriki.gr
12. Ελ. Βενιζέλου 155 – 157. Καλλιθέα Τ.Κ: 176 72 – kallithea@bioiatriki.gr
13. Βυζαντίου 87, Καλογρέζα Τ.Κ: 142 34 – kalogreza@bioiatriki.gr
14. Κηφισίας 227 (Κτίριο 2), Ανάβρυτα, Κηφισιά Τ.Κ:14 561 – kifisia@bioiatriki.gr
15. Γρηγορίου Λαμπράκη 93, Κορυδαλλός Τ.Κ: 181 21 – nkorydallos@bioiatriki.gr
16. Λ. Σουνίου & Μυρινούντος, Μαρκόπουλο Τ.Κ: 190 03 – markopoulo@bioiatriki.gr
17. Λ. Δημοκρατίας 73 (επέκταση οδού Πεντέλης), Μελίσσια Τ.Κ: 151 27 – melissia@bioiatriki.gr
18. Μιχαλακοπούλου 2 -6, Αθήνα Τ.Κ:115 28 – mixalakovoulou@bioiatriki.gr
19. Ελ. Βενιζέλου 163, Νέα Ερυθραία Τ.Κ: 146 71 – erithaia@bioiatriki.gr
20. Μελίνας Μερκούρη 34, Νέα Ιωνία Τ.Κ: 141 21 – ionia@bioiatriki.gr
21. Ελ. Βενιζέλου 231 & Ψαρών, Ν. Σμύρνη - nsmyrni@bioiatriki.gr
22. Πέτρου Ράλλη 235, Νίκαια Τ.Κ: 184 50 – nikaia@bioiatriki.gr
23. Λ. Μαραθώνος 87 (Κρήτης & Σαλαμίνας), Παλλήνη Τ.Κ: 153 51 – pallini@bioiatriki.gr
24. Λ. Πατησίων 125, Πατήσια Τ.Κ: 112 51 – patisia@bioiatriki.gr
25. Λ. Πατησίων 180, Πατήσια (Πλατεία Αμερικής) Τ.Κ: 112 57 – pamerikis@bioiatriki.gr
26. Ηρώων Πολυτεχνείου 55 – 57 (Εμπορικό Κέντρο ΤΕΡΨΙΘΕΑ), Πειραιάς Τ.Κ:185-35
27. Παναγή Τσαλδάρη 75 – 77, Περιστέρι Τ.Κ: 121 34 – peristeri@bioiatriki.gr
28. Εθν. Μακαρίου 6 & Ικαρίας, Περιστέρι Τ.Κ: 121 32 – emakariou@bioiatriki.gr
29. Λ. Αμαρουσίου 14 (επέκταση Λ. Ειρήνης), Ηράκλειο Τ.Κ:141 23 – pefki@bioiatriki.gr
30. Λ. Αθηνών 429^Α, Αιγάλεω Τ.Κ: 122 43 – chaidari@bioiatriki.gr
31. Λ. Πεντέλης 44 & Ηρακλέους 2, Χαλάνδρι Τ.Κ: 152 34 – halandri@bioiatriki.gr
32. Β. Όλγας 154, Θεσσαλονίκη Τ.Κ: 546 45 – v.olgass@bioiatriki.gr
33. Ερμού 53, Θεσσαλονίκη Τ.Κ: 546 23 – ermou@bioiatriki.gr
34. Εθνικής Αντιστάσεως 18- 20, Καλαμαριά Τ.Κ: 551 33 – kalamaria@bioiatriki.gr
35. Λ. Θεσσαλονίκης 2, Περαιά Τ.Κ: 570 19 – peraia@bioiatriki.gr
36. Λαγκαδά 234, Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης Τ.Κ: 54 629 – stavroupoli@bioiatriki.gr
37. Γρηγορίου Λαμπράκη 61, Τούμπα Θεσσαλονίκης Τ.Κ: 543 51 – toumpa@bioiatriki.gr
38. 28^{ης} Οκτωβρίου 13, Χαλκίδα Τ.Κ: 34 100 – chalkida@bioiatriki.gr

1. Λεωφόρος Πεντέλης 13, Χαλάνδρι Τ.Κ: 152 33, Τηλ. 210 6894509 – 210 6890227 Fax: 210 6849210
2. Πατησίων 173 & Λέλας Καραγιάννη, Αθήνα Τ.Κ: 112 52 ,Τηλ. 210 8670052 – 210 8650619 - Fax: 10 8650699
3. Λεωφόρος Περικλέους 39, Χολαργός Τ.Κ: 155 61, Τηλ. 210 6541832 – 210 6543671 - Fax: 210 6514751
4. Λεωφόρος Ειρήνης 46, Πεύκη Τ.Κ: 151 21, Τηλ. 210 6148535 – 210 6148536 - Fax: 210 6148530
5. Α. Παπανδρέου 2 & Σερίφου 2, Μελίτσια Τ.Κ: 151 27, Τηλ. 210 6095590
16. Ιερά Οδός 281, Αιγάλεω Τ.Κ: 122 44, Τηλ. 210 5989859
7. Ούλωφ Πάλμερ 13, Ζωγράφου, Τ.Κ: 157 71, Τηλ. 210 7470710 – 720 730 - Fax: 210 7470740
8. Λεωφόρος Κηφισίας 328, Αθήνα Τ.Κ: 145 63, Τηλ. 210 6230310 - Fax: 210 8013974
9. Λεωφόρος Βεΐκου 43, Γαλάτσι Τ.Κ: 111 46, Τηλ. 210 2132500

ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ

1. Εθνικής Αντιστάσεως 54 -56, Χαλάνδρι Τ.Κ:152 31, Τηλ. 210 6796000 - Fax: 210 6743294
2. Β. Σοφίας 64, Αθήνα Τ.Κ: 11 528, Τηλ. 21109969000 - Fax: 211 9969099
3. Β. Αλεξάνδρου 105 & Μεσολογγίου, Περιστερί Τ.Κ: 12 131, Τηλ. 213 0796000 - Fax: 213 0796099
4. Λ. Βουλιαγμένης 599, Αργυρούπολη Τ.Κ: 164 52, Τηλ. 213 0796200 - Fax: 213 796099
5. Λ. Γρ. Λαμπράκη 549 & Λ. Σχιστού – Σκαραμαγκά, Κερατσίνι Τ.Κ: 187 58 ,Τηλ. 213 0113000 – Fax: 213 0113099
6. Πατησίων 290, Αθήνα Τ.Κ: 11 257
7. Ιλίου 29 & Χρυσήϊδος, Ίλιον Τ.Κ: 131 22
8. Λ. Ανδρέα Συγγρού 187, Ν. Σμύρνη Τ.Κ.:171 21, Τηλ. 210 6796000
9. Τατοΐου 1 & Αναγεννήσεως, Μεταμόρφωση Τ.Κ.: 144 51, Τηλ. 210 6796000

ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Δορυλαίου 8, Αθήνα Τ.Κ: 115 21 - (Τηλ. 210 6433559) , Email: info@asklipios.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΧΑΙΔΑΡΙΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ

Αγωνιστών Στρατοπέδου Χαϊδαρίου 118, Χαϊδάρη Τ.Κ: 124 61, Τηλ. 210 5323400 - Fax: 210 5326021
Email: info@asklipiosmdc.gr

ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΛΙΜΟΥ

Λεωφόρος Ελευθερίας 47 & Όθωνος 1, Άλιμος Τ.Κ: 174 55, Τηλ.210 9821200, Email: info@synchronosasklipios.gr

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Ε.

Γρ. Λαμπράκη 77, Νίκαια Τ.Κ: 184 54, Τηλ. 210 4941000, Email: info@ippokratis-medical.gr

ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ε.Π.Ε

Μηθύμνης 39, Αθήνα Τ.Κ: 112 52, Τηλ. 210 5665500 ή 210 5654374, Email: dictisygeias@gmail.com

ΚΟΣΜΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Αμφιαράου 165, Αθήνα Σεπόλια Τ.Κ: 104 43, Τηλ. 210 5157982, 210 8640988, 210 8665155
Email: info@kosmoiatriki.com

ΠΡΑΞΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΟΤΥΠΟΣ

Παλαιολόγου 83 (Παπανικολή), Χαλάνδρι Τ.Κ: 152 32, Τηλ. 210 6813000, 210 6818100 - Fax: 210 6818300

Email: info@praxis-ygeias.gr

CHECK • UP MEDICUS - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ

Πανόρμου 40, Αμπελόκηποι Τ.Κ: 115 23, Τηλ. 210 6983222, 213 0312000, Email: info@cumedicus.gr

ΙΑΤΡΟΚΟΣΜΟΣ

Πατριάρχου Ιερεμίου 17, Αθήνα Τ.Κ: 114 75, Τηλ. 210 6400200, Email: info@iatropolis.gr

ΒΙΟΠΡΟΛΗΨΙΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Περικλή Σταύρου 11, Αθήνα Τ.Κ: 115 24, Τηλ. 210 6912191 - Fax: 210 6912193

MIKROLAB ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Κώστα Βάρναλη 52 & Αναξαγόρα, Νέα Ερυθραία Τ.Κ: 146 71, Τηλ. 210 8078718, Email: dr.velissari@yahoo.com

ΤΣΙΡΜΠΑ ΙΩΑΝΝΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Στάϊκου Νίκου 41, Άγιος Δημήτριος Τ.Κ: 173 41, Τηλ. 211 1112408, Email: tsirmpamikro@yahoo.com

ΑΙΜΟΔΙΑΓΝΩΣΗ MED ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Χαριλάου Τρικούπη 197, Νέα Κηφισιά Τ.Κ: 145 64, Τηλ. 210 8075448

BIOMEDILAB ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ PETROPOULOS Γράμμου 39, Βριλήσσια Τ.Κ: 152 35, Τηλ. 210 6130312, Email: info@microbiolad.gr

ΟΡΘΟ ΒΙΟΤΙΚΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Σώρου 3 – 5, Μαρούσι Τ.Κ: 151 25, Τηλ. 210 3230000, 210 6856270, , Email: info@orthobiotiki.com

ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ ΛΑΙΜΟΥ – ΜΕΛΑΧΡΟΙΝΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Ηρώων Πολυτεχνείου 69 -71, Πειραιάς Τ.Κ: 185 36, Τηλ. 210 4510488

ΑΙΚ. ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Ε. ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Κριτσέλη 19, Καλλίπολη Πειραιάς Τ.Κ: 185 39, Τηλ. 210 4523778, Email: elbalamp@gmail.com

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ – ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ

Μωρογιάννη 67, Περιστέρι – Μπουρνάζι, Τ.Κ: 121 33, Τηλ. 210 5747056

ATHENS MICROLAB

Κυβέλης 30^Α, Γαλάτσι Τ.Κ: 111 46, Τηλ. 210 2922569, Email: info@athensmicrolab.gr

BIOMEDICIN ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

Δήμητρος 10 – 12, Μαρούσι Τ.Κ: 151 24, Τηλ. 210 6124935- 6 - Fax: 210 6124931, Email: info@biomedicinlab.gr

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΧΑΛΑΤΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

Αριστοτέλους 5, Πειραιάς Τ.Κ: 185 35, Τηλ. 210 4297828 - Fax:210 4297071, Email: nfo@halatsis.gr

L – ANALAB Ε.Π.Ε ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ

Δαβάκη63, Καλλιθέα Τ.Κ: 176 72, Τηλ. 210 9560500 – 210 9595897 - Fax:210 9571412, Email: analab@otenet.gr

ΒΙΟ έρευνα ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (Δρ. Ιωάννης Γ. Ρούτσιος)

Δ. Σούτσου 48 & Αλεξάνδρας, Αθήνα Τ.Κ: 115 21, Τηλ 210 6463800 - Fax:211 0123400,
Email: jroutsias@med.uoa.gr

ΜΥ LAB ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, Εγνατία 142, Καμάρα Θεσ/νίκη Τ.Κ:546 22 – Τηλ. 2310 241341 -
2. Βούλγαρη 1, Ντεπώ Αν. Θεσ/νίκη Τ.Κ: 54655 – Τηλ.2310 402900 – Τηλ. 2310 2310402908
3. 28^{ης} Οκτωβρίου 41, Καλοχώρι Δυτ. Θεσ/νίκη Τ.Κ: 57009 – Τηλ. 2310 755900 – Τηλ. 2310 755950
Email: info@mylab.gr

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ

Λ. Μεσογείων 6, Αθήνα Τ.Κ: 115 27 – Τηλ. 210 7777654 – 210 7774569 - Fax:210 7777634

Email: info@athenslab.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

1. Αβέρωφ & Δερβενακίων 6, Δάφνη Τ.Κ: 172 35 - Τηλ 210 9703356 – 210 9705668, Email: dafni@iepivlepsi.gr
2. Κολοκοτρώνη & Χειμάρας 19 Βύρωνας Τ.Κ: 16 232 – Τηλ. 210 7107516, Email: vyronas@iepivlersi.gr

MEDICAL MERIMNA CENTER ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Πυθίας 1 & Πλατεία Κυψέλης, Κυψέλη Τ.Κ: 113 64 - Τηλ & Fax 210 8649085, Email: info@medicalmerimnacenter.gr

ΛΑΜΔΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Τσόχα 15 – 17, Αμπελόκηποι Τ.Κ: 115 21 - Τηλ 210 6401993 - Fax: 210 6401848, Email: lamdasa@otenet.gr

OLYMPIC diagnostic

Ασκληπιού 38 & Παλαμηδίου, Πειραιάς Τ.Κ: 185 43 - Τηλ 210 4200003, Email: olympic@odcp.gr

INTRALab ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Λεωφόρος Συγγρού Ανδρέα, ΦΙΞ Αθήνα Τ.Κ: 117 42 – Τηλ. 210 9222044 – Fax: 210 8226496,
Email: info@intralab.gr

Affidea ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

1. Ακτή Μουτσοπούλου 58, Πειραιάς Τ.Κ: 18 536 – Τηλ. 210 4282384 – Fax: 210 4285165
Email: Piraeus.lab@affidea.com
2. Λεωφ. Κηφισίας 190, Κηφισιά Τ.Κ: 145 62 – Τηλ. 216 0009810 – Fax: 216 0009839, Email: kifisia@affidea.com
3. Θηβών 177, Περιστερί Τ.Κ: 121 34 (Τηλ 210 5760345 – Fax: 210 5760346, Email: peristeri@affidea.com
4. Ζησιμοπούλου 1 & Λεωφ. Ποσειδώνος, Γλυφάδα Τ.Κ: 166 74 – Τηλ. 216 8009690 -5 – Fax: 216 8009698

- E-mail: glyfada@affidea.com
5. Λ. Βουλιαγμένης 226, Άγιος Δημήτριος Τ.Κ: 173 43 – Τηλ. 212 1041003 – Fax: 211 0126513
E-mail: dafni@affidea.com
6. Βασ. Γεωργίου 6, Θεσσαλονίκη Τ.Κ: 54 640 – Τηλ. 2310 861 500 – Fax: 2310 541 550
E-mail: Thessaloniki@affidea.com

Meganalysis ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

1. Πλ. Κανάρη 15, Αθήνα Τ.Κ: 113 61 – Τηλ. 210 8816035, E-mail: info@meganalysis.gr
2. Λεωφόρος Βεΐκου 19, Γαλάτσι Τ.Κ: 111 46 – Τηλ. 210 2222813, E-mail: info@meganalysis.gr

OPTIMA DIAGNOSTICS

Μαρίνου Αντύπα 49, Ν. Ηράκλειο Τ.Κ: 141 21 Τηλ. & Fax 210 2711888, E-mail: info@optima-diagnostics.gr

ΣΑΚΑΡΕΛΛΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

1. Ηρώων Πολυτεχνείου 2-4, Νέα Ερυθραία Τ.Κ: 146 71 – Τηλ. 210 8000273 – 210 3203886 – Fax: 210 8000621
2. Λεωφ. Μαραθώνος, Άνοιξη Τ.Κ: 145 69 – Τηλ. 210 8004888 – 9 – Fax: 210 8004899
3. Ελαιών 36, Νέα Κηφισιά Τ.Κ: 145 64 – Τηλ. 210 8002100 – 210 8002111 – Fax: 210 8000621
4. Γρ. Λαμπράκη 2 & Λ. Θησέως, Δροσιά Τ.Κ:145 72 – Τηλ. 210 8131111-2 – Fax: 210 8004899
E-mail: info@sakarellos.gr

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Βασ. Σοφίας 110, Αθήνα Τ.Κ: 115 27 - Τηλ. 210 7788011 – Fax: 219 8002417
E-mail: genikidiagnostiki@gmail.com

ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ

Πατούσα 4, Αθήνα Τ.Κ: 106 77 – Τηλ. 210 3816470 – 2103823441 – Fax: 210 3301375
E-mail: info@eurodiagnostiki.gr

ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πατησίων 49, Αθήνα Τ.Κ: 104 33 – Τηλ. 210 5222500 – 210 5246907 – Fax: 210 5242970, E-mail: info@medpap.gr

IASYS ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Σπύρου Μερκούρη 38, Παγκράτι Τ.Κ: 116 34 – Τηλ. 210 7220080, E-mail: info@iasys.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ- ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ - ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε

Ελ. Βενιζέλου 135 – 137, Καλλιθέα Τ.Κ: 176 72 – Τηλ. 210 9530620 – 622, E-mail: marketing@iprolipsi.gr

ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Λεωφόρος Δεκελείας 64, Νέα Χαλκηδόνα Τ.Κ: 143 43 – Τηλ. 210 2586006, 007,008- Fax: 210 2526788
E-mail: info@iatriki-frontida.gr

IQ SKIN CLINICS - DR ΤΖΕΡΜΙΑΣ ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΣ

Λ. Κηφισίας 71, Μαρούσι Τ.Κ:151 25 – Τηλ. 210 6100900, E-mail: info@iqskinclinics.com

7. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

1. ΒΙΟ Κλινική Αθηνών

Μ. Γερουλάνου 15, Αθήνα Τ.Κ: 115 24 - Τηλ. 210 6962600 - Fax: 6921408, E-mail: ath.bioclinic@bioclinic.gr

2. ΒΙΟ Κλινική Πειραιά

Φιλελλήνων 34, Πειραιάς Τ.Κ: 185 36 - Τηλ. 210 4582200 - Fax: 2104582299, E-mail: pir.bioclinic@bioclinic.gr

3. ΒΙΟ Κλινική ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μητροπόλεως 86, Θεσσαλονίκη Τ.Κ: 54 622 - Τηλ. 2310 372600 - Fax:2310 273703, E-mail: the.bioclinic@bioclinic.gr

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ ΑΕ

Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 68 67 000
E-mail: info@hygeia.gr

ΙΑΣΩ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

Λ. Κηφισίας 37-39, Τ.Κ.: 15123 Μαρούσι, Τηλ. 2106184000 - Fax:2106184158, E-mail: info@iaso.gr

ΙΑΣΩ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

8^ο Χιλ. Π.Ε.Ο. Λάρισας – Αθηνών, 415 00 Λάρισα, Τηλ. 2410 9960000, E-mail: thessalias@iaso.gr

Metropolitan Hospital

Εθνάρχη Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1, 185 47 Ν. Φάληρο, Τηλ. 210 48 09 000
E-mail: medicalrecords@metropolitan-hospital.gr - E-mail: angel@metropolitan-hospital.gr

METROPOLITAN GENERAL

Λ. Μεσογείων 264, 15 562 Χολαργός, Τηλ. 2106502000 - Fax: 2106541267,

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 7-9, 115 21 Αθήνα, Τηλ. 2106 416 600, E-mail: info@euroclinic.gr

ΜΗΤΕΡΑ Ιδιωτικό Νοσοκομείο και Κλινική

Ερυθρού Σταυρού 6 & Λεωφόρος Κηφισίας, 15123 Μαρούσι, Τηλ. 210 6869 000 –
Fax: 210 6869 926
E-mail: info@mitera.gr

ΡΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Λεωφόρος Ανδρέα Συγγρού 383 και Πεντέλης 17, 17564 Παλαιό Φάληρο, Τηλ.210 9495000 –
Fax : 210 9495999
E-mail: info@reamaternity.gr

ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΛΗΤΩ

Μουσών 7-13, 115 24 Αθήνα, Τηλ. 210 6902000, E-mail: info@leto.gr

ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ

Διστόμου 5 -7, 151 25 Μαρούσι, Τηλ. 210 6198100 – 120
Φόρμα επικοινωνίας: <https://www.iatriko.gr/el/content/epikoinonia>

ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ασκληπιοῦ 10, 555 35 Θεσ/νίκη, Τηλ. 2310 400000

Φόρμα επικοινωνίας: <https://www.iatriko.gr/el/content/epikoinonia>

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ

Μεσογείων 107, Αθήνα 115 26, Τηλ. 2106972000 – Fax: 2106972200

E-mail: info@dunant.gr

MEDITERRANEIO ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ηλείας 10 – 12, 166 75 Γλυφάδα, Τηλ. 210 9117000, E-mail: info@mediterraneohospital.gr

ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Ιδιωτικό Νοσοκομείο – Κλινική

Παπαδιαμαντοπούλου Ιωάννη 16 & Σισίνη Γεώργιου 1, 115 28 Ιλίσια Αθήνα, Τηλ. 210 72 53 961,

E-mail: info@lefkosstavros.gr

ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ

Παπαδιαμαντοπούλου 20, 115 28 Ιλίσια, Αθήνα, Τηλεφωνικό κέντρο: **210-7208100**

ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ – ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΤΡΩΝ

Βόλου& Μειλίχου, Κάτω Συχαινά, 26 443 Πάτρα, Τηλ. 2610 464 000 – 2611 100600

E-mail: info@olympion-sa.gr

CRETA InterClinic

Μίνωος 6, 713 04 Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ. 2810 373800, E-mail: administration@cic.gr

Iasis ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΛΑΚΗ

Μ. Μπότσαρη 76 -78, 73 136 Χανιά, Τηλ. 28210 70800, E-mail: info@iasishospital.gr



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

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ, ΣΥΦΙΛΗΣ ΚΑΙ ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΤΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ :	
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΦΟΡΕΑ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
EMAIL:	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΟΝΤΑΙ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΥΤΩΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ
ΠΡΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΤΟΥΣ;

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

1) Παρακαλώ αναφέρατε το χώρο του Νοσοκομείου όπου διενεργείται ο διαγνωστικός έλεγχος για τη γονόρροια:

	Κλινική (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο ιατρείο)	Κλινική- Εργαστήριο (Η λήψη του δείγματος γίνεται στο ιατρείο και ακολουθεί η μεταφορά του στο εργαστήριο),	Μικροβιολογικό Εργαστήριο (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο εργαστήριο)
α) Gram χρώση (αρνητικοί κατά Gram ενδοκυττάριοι διπλόκοκκοι)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Απομόνωση με καλλιέργεια της Neisseria gonorrhoeae σε κλινικό δείγμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Μοριακή Δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης δείγματος από τους άνδρες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης δείγματος από τις γυναίκες :

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4) Εάν χρησιμοποιείτε μοριακή δοκιμασία για τη διάγνωση της γονόρροιας παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>	
β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
γ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας	<input type="text"/>	

5) Εάν πραγματοποιείτε καλλιέργειες <i>N. gonorrhoeae</i> , παρακαλώ αναφέρετε τα ακόλουθα:			
α) Από πού προμηθεύετε το θρεπτικό υλικό;	Εμπόριο <input type="checkbox"/>	το εργαστήριό σας <input type="checkbox"/>	
β) Τι είδους θρεπτικό υλικό χρησιμοποιείτε;	Εκλεκτικό <input type="checkbox"/>	Μη εκλεκτικό <input type="checkbox"/>	Και τα δύο <input type="checkbox"/>
γ) Τι είδους άγαρ χρησιμοποιείτε;	<input type="text"/>		
δ) Τι είδους εμπλουτιστικό υλικό ανάπτυξης χρησιμοποιείτε; Παρακαλώ προσδιορίστε και δώστε τη συγκέντρωση που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>		
Εάν χρησιμοποιείτε συμπλήρωμα αίματος			
ε) Ποια είναι η πηγή αίματος (π.χ. άλογο)	<input type="text"/>		
στ) Ποια είναι η συγκέντρωση του αίματος (π.χ. 5%)	<input type="text"/>		
ζ) Πώς γίνεται αιμόλυση του αίματος;	<input type="text"/>		
η) Ποιος αντιμικροβιακός παράγοντας χρησιμοποιείται για επιλογή; (παρακαλώ τσεκάρτε αυτό που ισχύει)			
Συγκέντρωση (μg/mL)			
Vancomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Colistin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nystatin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Trimethoprim	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Lincomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Amphotericin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>		

6) Εάν πραγματοποιείτε καλλιέργειες <i>N. gonorrhoeae</i> , παρακαλώ αναφέρετε τα ακόλουθα:			
α) Τα δείγματα εμβολιάζονται απ' ευθείας στο υλικό (culture plate) από τον ασθενή;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
β) Τα δείγματα (swabs) τοποθετούνται σε υλικό μεταφοράς;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
γ) Εάν ναι, ποιο υλικό μεταφοράς χρησιμοποιείτε;	<input type="text"/>		
δ) Ποια είναι η μέγιστη περίοδος επώασης για την καλλιέργεια (ώρες)	24hr <input type="checkbox"/>	48hr <input type="checkbox"/>	72hr <input type="checkbox"/>
	Άλλη, Παρακαλώ προσδιορίστε <input type="text"/>		
ε) Ποια είναι η θερμοκρασία επώασης;	<input type="text"/> °C		
στ) Ποια είναι η μέθοδος για παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα;	CO ₂ Incubator <input type="checkbox"/>	GasPak jar <input type="checkbox"/>	Candle jar <input type="checkbox"/>
Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>		

7) Ποιες από τις ακόλουθες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε για να επιβεβαιώσετε την ταυτότητα των αποικιών <i>N. gonorrhoeae</i> :		
	Ναι	Όχι
α) Καμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Οξειδάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Gram χρώση για αρνητικούς Gram κόκκους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Συγκολλητινοαντίδραση (π.χ. Phadebact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Ανοσοφθορισμός (Microtrak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ) Χρήση υδατανθράκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ) Αμινοπεπτιδάση (Gononcheck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η) Δοκιμασίες ανίχνευσης (παρακαλώ προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>	

8) Παρακαλώ περιγράψτε λεπτομερώς τη μέθοδο ευαισθησίας που χρησιμοποιείτε				
α) Πραγματοποιείτε δοκιμασίες ευαισθησίας;	Σε όλα τα στελέχη που απομονώνονται <input type="checkbox"/>	Σε επιλεγμένα στελέχη <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="text"/>	
β) Ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;	Disk diffusion <input type="checkbox"/>	Breakpoints <input type="checkbox"/>	E Tests <input type="checkbox"/>	Agar dilution MICs <input type="checkbox"/>
γ) Χρησιμοποιείτε μάρτυρες για κάθε ομάδα δοκιμασιών;	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
δ) Χρησιμοποιείτε μια συνιστώμενη μέθοδο (WHO, CLSI)	<input type="text"/>			
	παρακαλώ προσδιορίστε			
	Ναι		Όχι	
Συμμετέχετε σε εξωτερικό πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Συμμετέχετε σε συστήματα επιτήρησης;	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε	<input type="text"/>			

9) Στέλνετε στελέχη γονόκοκκου σε εργαστήρια αναφοράς για επιβεβαίωση;		
	Ναι	Όχι
α) Για διαγνωστικούς λόγους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Για δοκιμασίες ευαισθησίας σε αντιβιοτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Για προσδιορισμό του στελέχους με φαινότυπο ή DNA δοκιμασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε σε ποιο εργαστήριο	<input type="text"/>	

ΧΛΑΜΥΔΙΑ

10) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τους άνδρες

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοχρωματογραφία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
δ) Ανοσοφθορισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ε) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

11) Παρακαλώ αναφέρατε τα τεστ που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τις γυναίκες

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Καλλιέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
β) EIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοχρωματογραφία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
γ) Ανοσοφθορισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
δ) Μοριακή δοκιμασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

12) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο EIA για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε	<input type="text"/>
β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας	<input type="text"/>

13) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο ανοσοφθορισμού για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε

β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα

Ναι

Όχι

γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση

Ναι

Όχι

δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας

14) Εάν χρησιμοποιείτε μέθοδο μοριακού ελέγχου (NAT) για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εμπορική ονομασία και κατασκευαστής της μεθόδου που χρησιμοποιείτε

β) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα

Ναι

Όχι

γ) Χρησιμοποιείτε την ίδια μέθοδο για επιβεβαίωση

Ναι

Όχι

δ) Τη μέθοδο και τον κατασκευαστή της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ & ΧΛΑΜΥΔΙΑ

15) Παρακαλώ αναφέρατε τις θέσεις λήψης δείγματος για γονόρροια και χλαμυδιακές λοιμώξεις στους άνδρες ανά κατηγορία σεξουαλικού προσανατολισμού

N. gonorrhoeae

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Ετεροφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ομοφυλόφιλοι/αμφιφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Χλαμύδια

α) Ετεροφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ομοφυλόφιλοι/ αμφιφυλόφιλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

16) Παρακαλώ αναφέρατε τις θέσεις λήψης δείγματος για γονόρροια και χλαμυδιακές λοιμώξεις στις γυναίκες

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) N. gonorrhoeae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Χλαμύδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΑΝ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

17) Παρακαλώ αναφέρετε το χρόνο από την παραλαβή του δείγματος μέχρι να δοθεί απάντηση (μέρες)

	Γονόρροια	Χλαμύδια
Μέσος χρόνος για θετική απάντηση	-----	-----
Εύρος χρόνου για θετική απάντηση	----- έως -----	----- έως -----
Μέσος χρόνος για αρνητική απάντηση	-----	-----
Εύρος χρόνου για αρνητική απάντηση	----- έως -----	----- έως -----

ΣΥΦΙΛΗ

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ

18) Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες (εάν κάποιες) δοκιμασίες χρησιμοποιείτε σε γεννητικές βλάβες για τη διάγνωση της πρώιμης σύφιλης

α) Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
β) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρατε το χώρο του Νοσοκομείου όπου γίνεται ο διαγνωστικός έλεγχος	Κλινική (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο ιατρείο) <input type="checkbox"/>	Κλινική- Εργαστήριο (Η λήψη του δείγματος γίνεται στο ιατρείο και ακολουθεί η μεταφορά του στο εργαστήριο) <input type="checkbox"/>	Μικροβιολογικό Εργαστήριο (Η λήψη και εξέταση του δείγματος γίνεται στο εργαστήριο) <input type="checkbox"/>
Αλλού, παρακαλώ προσδιορίστε			
γ) Χρησιμοποιείτε σε μοριακές τεχνικές (PCR) για τη διάγνωση της σύφιλης;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
δ) Εάν ναι, έχετε πρόσβαση σε multiplex μοριακές τεχνικές (PCR) για τη διάγνωση άλλων αιτιών γεννητικών ελκών	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
ε) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρετε με λεπτομέρεια:			
στ) Κάνετε έλεγχο σε στοματικά έλκη για ωχρά σπειροχαίτη	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
ζ) Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε τη δοκιμασία που χρησιμοποιείτε;			
η) Συμμετέχετε σε σύστημα επιτήρησης;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	

ΣΥΦΙΛΗ

19) ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε για την ανίχνευση και επιβεβαίωση της σύφιλης. Παρακαλώ αναφέρετε τη μέθοδο και τον κατασκευαστή για κάθε δοκιμασία.

	α) Ανιχνευτική δοκιμασία		β) Επιβεβαιωτική δοκιμασία			γ) Παραπομπή για επιβεβαίωση		Δ) Ονομασία Kit και κατασκευαστής
	Ναι	Όχι	Πάντα	Μερικές φορές	Ποτέ	Ναι	Όχι	
α) Ποιοτική VDRL/RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
β) Ποιοτική TRHA/TRPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
γ) ΕΙΑ (IgG/IgM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
δ) Ποσοτική VDRL/RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ε) Ποσοτική TRHA/TRPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
στ) FTA-Abs (ολικό)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ζ) IgM ΕΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
η) FTA –Abs IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
θ) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε								<input style="width: 100%;" type="text"/>
						Ναι	Όχι	
ι) Στέλνετε δείγματα σε εργαστήριο αναφοράς για επιβεβαίωση;						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
μ) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρατε σε ποιο:						<input style="width: 100%;" type="text"/>		
κ) Περιλαμβάνετε "In house controls" σε κάθε παρτίδα εξετάσεων						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
λ) Συμμετέχετε σε εξωτερικά προγράμματα ποιοτικού ελέγχου						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
μ) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρετε λεπτομέρειες σε σχέση με τα προγράμματα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου στα οποία συμμετέχετε						<input style="width: 100%;" type="text"/>		

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΑΝ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

20) Παρακαλώ αναφέρετε το χρόνο από την παραλαβή του δείγματος μέχρι να δοθεί απάντηση (μέρες)

	Σύφιλη
α) Μέσος χρόνος για θετική απάντηση	-----
β) Εύρος χρόνου για θετική απάντηση	----- έως -----
γ) Μέσος χρόνος για αρνητική απάντηση	-----
δ) Εύρος χρόνου για αρνητική απάντηση	----- έως -----

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	ΝΟΣΗΜΑΤΑ								
	Α) Γονόρροια			Β) Χλαμύδια			Γ) Σύφιλη		
	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Α) ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ							Ανιχνευτική Δοκιμασία Αριθ. Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη Πρώιμη Σύφιλη 	Ανιχνευτική Δοκιμασία Αριθ. Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη Πρώιμη Σύφιλη 	Ανιχνευτική Δοκιμασία Αριθ. Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη Πρώιμη Σύφιλη
Β) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ									
Γ) ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ/ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ									
Δερματολογικές/ Αφροδισιολογικές κλινικές /Εξωτερικά Ιατρεία									
Γυναικολογικές κλινικές/ Εξωτερικά Ιατρεία									
Προγεννητικός έλεγχος									
Ουρολογικές κλινικές/ Εξωτερικά Ιατρεία									
Μονάδα Λοιμώξεων/ Εξ. Ιατρεία Λοιμώξεων									
Λουπές Κλινικές (παρακαλώ προσδιορίστε)									
Ιδιώτης ιατρός									
Άλλα Νοσοκομεία/ Ιδιωτικά εργαστήρια									
Προγράμματα Screening Εκδιδομένων Ατόμων									
Άλλο πρόγραμμα Screening Παρακαλώ προσδιορίστε	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>								
Υπογραφή Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση									

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ ΑΠΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

1-1-202.... έως 31-12-202...

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<u>A) ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ</u> <u>ΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	Ανιχνευτική Δοκιμασία	Ανιχνευτική Δοκιμασία	Ανιχνευτική Δοκιμασία
	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη	Θετικά για Συφιλιδική Λοίμωξη
	Πρώιμη Σύφιλη	Πρώιμη Σύφιλη	Πρώιμη Σύφιλη
<u>B) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ</u> <u>ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ</u>			
Υπογραφή Ιατρού που πραγματοποιεί τη δήλωση.....			



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

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:.....



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

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 ΣΥΦΙΛΗ (TREPONEMA PALLIDUM)

► 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"/> Αιμοδοσία |
| <input type="checkbox"/> Μονάδα Υγείας για Νέους | <input type="checkbox"/> Μονάδα Οικογενειακού | <input type="checkbox"/> Ουρολογική Κλινική | <input type="checkbox"/> Άγνωστο |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό ιατρείο | <input type="checkbox"/> Προγραμματισμού | | <input type="checkbox"/> Άλλο..... |

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

► Επώνυμο (αρχικά):

► Όνομα (αρχικά):

► Φύλο:

- Άνδρας Γυναίκα Άλλο:.....

► Ημ/νία γέννησης:/...../.....
Ημέρα/ Μήνας/ Έτος

► Χώρα γέννησης:

- Ελλάδα Άλλου:.....

► 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 άτομο που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
- Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
- HIV Γονόρροια Χλαμυδιακή Λοίμωξη HPV Λοίμωξη Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
- Προληπτικός Προγεννητικός Έλεγχος
- Προληπτικός Έλεγχος Νόμιμα Εκδιδόμενου Ατόμου
- Θύμα trafficking
- Χρήστης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών
- Έλεγχος Αιμοδότη
- Άλλοι λόγοι, (παρακαλώ καθορίστε).....

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ:

- Ετεροφυλοφιλική επαφή
- Ομο/αμφιφυλοφιλική επαφή για άντρες
- Κάθετη μετάδοση
- Άγνωστο
- Άλλο, (παρακαλώ καθορίστε).....

Πιθανή χώρα όπου μολύνθηκε:

- Ελλάδα Άλλου 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 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ 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:
 HIV Γονόρροια Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Γονόρροια Χλαμυδιακή Λοίμωξη
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ
- Εάν ναι, ποια:
- Πρωτογόνος Σύφιλη***: Συφιλιδικό έλκος
Εντόπιση: Γεννητική περιοχή Πρωκτός Φαρυγγικός Βλεννογόνος Άλλου:.....
 - Δευτερογόνος Σύφιλη***:
 - Διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα
 - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
 - Πλατέα κονδυλώματα
 - Εξάνθημα
 - Διάχυτη αλωπεκία
 - Τριτογόνος, παρακαλώ προσδιορίστε:**..... Εάν ΟΧΙ ποια:.....
 - Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφιλη (≤ 1 έτους)***
 - Ώσιμη Λανθάνουσα (≥ 1 έτους) (απουσία συμπτωμάτων)**
 - Άγνωστο *πρώιμη σύφιλη**

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../..... Λήψη αίματος
- Σε περίπτωση λήψης δείγματος για εξέταση με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου, παρακαλώ προσδιορίστε σημείο δειγματοληψίας:
- Γεννητικά όργανα Πρωκτός Φάρυγγας
 - Στοματική κοιλότητα Άλλο:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΠΡΩΙΜΗ ΣΥΦΙΛΗ

- Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....
- ▶ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ
- ΝΑΙ ΟΧΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ

Ανίχνευση T. Pallidum με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου σε υλικό από υγρή βλάβη δέρματος ή βλεννογόνου APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

Ορολογικός Έλεγχος: Ανίχνευση μη ειδικών τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία VDRL ή RPR **ΚΑΙ** ανίχνευση τρεπονημικών αντισωμάτων με δοκιμασία ανίχνευσης (TRHA, TRPA, EIA ολική, FTA. Abs ολικό) **ΚΑΙ** πρόσθετη ανίχνευση αντισωμάτων Tr-IgM (με IgM ELISA, Western blot IgM ή IgM FTA-Abs) επιβεβαιωμένη με 2^η Δοκιμή IgM. APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ

.....
Παρακαλώ προσδιορίστε

Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:
.....
.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΑΛΛΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Διαγνωστικά ευρήματα:
.....
.....

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

Ειδικότητα:..... Υπογραφή & Σφραγίδα

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΟΔΥ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ

Κατάταξη
Κρούσματος:

- Επιβεβαιωμένο
- Πιθανό
- Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....



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

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
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ (CHLAMYDIA TRACHOMATIS)**

συμπεριλαμβανομένου του Αφροδίσιου Λεμφοκοκκιώματος (Lymphogranuloma Venereum-LGV)

► 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
- Επιθυμία Προληπτικού Ελέγχου/ Ετήσιος Έλεγχος
- Σύντροφος ατόμου που διαγνώστηκε με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ)
- Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος ατόμου που πάσχει από άλλο ΣΜΝ:
- HIV Σύφιλη Γονόρροια 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 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ 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:
 HIV Σύφιλη Γονόρροια
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
3. Υπήρξε θετική διάγνωση άλλου ΣΜΝ στην παρούσα εξέταση:
 HIV Σύφιλη Γονόρροια
 Ερπητική Λοίμωξη Ηπατίτιδα Β Ηπατίτιδα C
 HPV Λοίμωξη

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εμφανίζει συμπτώματα ΟΧΙ ΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:/...../..... ΑΓΝΩΣΤΟ

Εάν ναι, ποια:

- Ουρηθρίτιδα Επιδιδυμίτιδα Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
 Οξεία Σαλπινγίτιδα Τραχηλίτιδα Πρωκτίτιδα
 Άλλο:.....

Σε νεογέννητο:

- Επιπεφυκίτιδα Πνευμονία

Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα-LGV

- Ουρηθρίτιδα Έλκος Γεννητικών Οργάνων Πρωκτίτιδα
 Βουβωνική λεμφαδενοπάθεια Τραχηλίτιδα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ημερομηνία δειγματοληψίας:...../...../.....

Σημείο δειγματοληψίας:

- Γεννητικά όργανα Πρωκτός Στοματική Κοιλότητα Οφθαλμός Ούρα Άλλο:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (εκτός LGV)

- Απομόνωση Chlamydia trachomatis από κλινικό δείγμα με κυτταροκαλλιέργεια APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis με NAAT APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με δοκιμασία DFA APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ LGV

- Απομόνωση Chlamydia trachomatis με κυτταροκαλλιέργεια APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
Ανίχνευση του νουκλεϊκού οξέος του Chlamydia trachomatis σε κλινικό δείγμα με NAAT APN ΘΕΤ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ
ΚΑΙ εντοπισμός οροτύπου L1, L2 ή L3
Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:.....

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:

- Επιβεβαιωμένο
 Πιθανό
 Άγνωστο

Αρ. Δελτίου:.....

Υπεύθυνος Ελέγχου Δήλωσης:.....