

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ**

Καθηγήτρια Τζ. Τζανακάκη

Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, Αθήνα

Τηλ.: 213 20 10 268 213 20 10 269 Fax: 210 64 23 041

e-mail: meningitis.ref.lab@uniwa.gr

Κωδικός ΕΚΑΜ	
Χρήστης	
Ημ/νια - Ώρα Παραλαβής	-
Σημ:	

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ/ΤΩΝ**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ :			
Τμήμα/Κλινική			
Όνοματεπώνυμο Ασθενούς		Άρρεν <input type="checkbox"/>	Θήλυ <input type="checkbox"/>
Ηλικία	Ημ. Γέννησης	Όνομα πατρός	
Α.Μ.Κ.Α.			
(Για μη ασφαλισμένους ασθενείς συμπληρώστε οπωσδήποτε όνομα πατρός <u>ή</u> και ημερομηνία γέννησης)			
Δείγμα	Ημερομηνία λήψης	Εργαστηριακά Ευρήματα	
ΑΙΜΑ <input type="checkbox"/>		<b>ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ</b> Λευκά: Τύπος: Π = Λ = CRP=	
ΕΝΥ <input type="checkbox"/>		<b>ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΥ</b> Κύτταρα = Τύπος: Π = Λ = Λεύκωμα= Σάκχαρο= Latex =	
ΆΛΛΟ :			
	.....		
Καλλιέργεια ΕΝΥ	Θετική <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται <input type="checkbox"/>		
Καλλιέργεια αίματος	Θετική <input type="checkbox"/> Αρνητική <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται <input type="checkbox"/>		
Μικροοργανισμός που απομονώθηκε (σε περίπτωση που έχει απομονωθεί στέλεχος)	Μηνιγγιτιδόκοκκος <input type="checkbox"/> Οροομάδα :	Άλλο Βακτήριο (προσδιορίστε):	
Κλινική μορφή της νόσου	Μηνιγγίτιδα ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Σηψαιμία ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Κλινική εικόνα	Κεφαλαλγία <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Φωτοφοβία <input type="checkbox"/> Δυσκαμψία <input type="checkbox"/> Κώμα <input type="checkbox"/>	Εξάνθημα <input type="checkbox"/> Αιμορραγική καταπληξία <input type="checkbox"/>	
Η διάγνωση είναι	Ύποπτη <input type="checkbox"/> Πιθανή <input type="checkbox"/> Βεβαιωμένη <input type="checkbox"/>		
Λήψη αντιβιοτικών (πριν την λήψη του δείγματος προς εξέταση)	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Αντιβιοτικό :	Δόσεις :	
Εμβολιασμός ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝΩΣΤΟ <input type="checkbox"/>	Όνομα Εμβολίου	Δόσεις	
Όνομα Ιατρού	Τηλέφωνο:	e-mail:(Κλινικής ή Δ/ντη κλινικής)	
	FAX:		

Για οποιαδήποτε πληροφορία είμαστε στη διάθεσή σας