ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ
Τομέας Δημόσιας Υγείας, Ε.Σ.Δ.Υ.

Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, Αθήνα
Τηλ. 213 20 10 268/ 213 20 10 269 Fax : 210 64 23 041

e-mail: meningitis.ref.lab@esdy.edu.gr, gtzanakaki@esdy.edu.gr

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

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ/ΤΩΝ

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

Για οποιαδήποτε πληροφορία είμαστε στην διάθεση σας
Από το Κέντρο Αναφοράς