



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ή ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	___/___/___	<input type="checkbox"/> ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:		→ Ημ/νία εισαγωγής: ___/___/___
3.3 Κύριες εκδηλώσεις: <u>Πυρετός</u> <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Ρινική καταρροή <input type="checkbox"/> Δυσπνοια <input type="checkbox"/> Άλλες εκδηλώσεις που να σχετίζονται πιθανώς με την λοίμωξη 2019-nCoV		
Συνοπάρχοντα νοσήματα: Κανένα <input type="checkbox"/> Σ.Δ. <input type="checkbox"/> Αρτ. Υπέρταση <input type="checkbox"/> Καρδιακή νόσος <input type="checkbox"/> Νεφρική νόσος <input type="checkbox"/> Χ.Α.Π. <input type="checkbox"/> Ηπατική νόσος <input type="checkbox"/> Ανοσοκατ. <input type="checkbox"/>		
Άλλο, προσδιορίστε		
3.4 Επιδείνωση υποκείμενου νοσήματος:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	
3.5 Άλλες επιπλοκές: <input type="checkbox"/> Πνευμονία βακτηριακή (δευτεροπαθής) <input type="checkbox"/> Πνευμονία από ιο γρίπης (πρωτοπαθής)		
<input type="checkbox"/> Εγκεφαλοπάθεια <input type="checkbox"/> Άλλη →		
3.6 Έκβαση:	<input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ___/___/___	
► Ο/η θεράπων ιατρός:		Υπογραφή (& σφραγίδα)
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:		
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ		
4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος:	► Υλικό: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ <input type="checkbox"/> ΑΝΑ-ΜΕΝΕΤΑΙ	
4.2 Έλεγχος αντιγόνου:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	► Μέθοδος:
4.3 Έλεγχος αντισωμάτων:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	► Μέθοδος:
4.4 Ανίχνευση RNA του ιού:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	► Μέθοδος:
4.5 Τύπος/υπότυπος ιού:	4.6 Αποστολή δείγματος σε Κέντρο Αναφοράς: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Υπογραφή (& σφραγίδα)
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:		

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660 - 662. FAX: 210 7258663
 PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
 www.pis.gr • e-mails: KENTRIKO: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr