

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ HIV 1/2 (για όλες τις δομές υγείας/ τις φυλακές/τα κέντρα κράτησης)

Στοιχεία εξεταζομένου (όπως αυτά προκύπτουν από τα έγγραφα ταυτοποίησης)

ΑΡΧΙΚΑ ΕΠ/ΟΝ: ☐ ☐ / ☐ ☐ ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ____/____/____ ΗΛΙΚΙΑ (εφόσον η εξέταση είναι ανώνυμη): ____
ΦΥΛΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ: ΑΡΡΕΝ ☐ ΘΗΛΥ ☐ ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΟ ΑΤΟΜΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: _____ ΈΤΟΣ ΑΦΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: _____ ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: _____

Λόγος εξέτασης

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ (παρουσία συμπτωμάτων) ☐ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ☐ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ☐

ΑΛΛΟΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ (Συμπληρώστε τον κάτωθι πίνακα):

Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού ☐	Πολυμεταγγιζόμενο/αιμοκαθαιρόμενο άτομο ☐
Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού..... ☐	Εκδιδόμενο άτομο ☐
Από κοινού χρήση βελονών/συριγγών ή άλλων εξαρτημάτων (Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών)..... ☐	Διάγνωση με άλλο ΣΜΝ ☐
Δότης αίματος/παραγώγων αίματος..... ☐	Σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλακτικό σε χώρες με υψηλό επιπολασμό ή με σεξουαλικούς συντρόφους που κατάγονται από τις χώρες αυτές..... ☐
Δότης ιστών/οργάνων ☐	Ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης ☐
	Θύμα σεξ. κακοποίησης/Trafficking ☐
	Άλλος λόγος(αναφέρετε)..... ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΙΘΑΝΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΝ HIV: < 2 μηνών ☐ >2 μηνών ☐

➤ Λήψη προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής πριν από πιθανή έκθεση (PrEP) τους τελευταίους 6 μήνες:

ΝΑΙ ☐ (Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τελευταία ημερομηνία λήψης: _____) ΟΧΙ ☐

➤ Λήψη προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής μετά από πιθανή έκθεση (PEP) τους τελευταίους 6 μήνες:

ΝΑΙ ☐ (Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τελευταία ημερομηνία λήψης: _____) ΟΧΙ ☐

Στοιχεία βιολογικού δείγματος (συμπληρώνεται από τον ιατρό της δομής, εάν υπάρχει η δυνατότητα αιμοληψίας)

Ημ/νία λήψης δείγματος αρχικού HIV ελέγχου ____/____/____, Ώρα λήψης: ____:____

Είδος δείγματος _____ Παγωμένο ☐

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο που παραλαμβάνει το δείγμα

Ημ/νία παραλαβής δείγματος ____/____/____, Ώρα παραλαβής: ____:____
Δείγμα ακατάλληλο ☐, (λόγος) _____

Αποτέλεσμα αρχικού ελέγχου με Rapid diagnostic test (RDT)

Είδος RDT: Ab (ανίχνευση Ab HIV-1/2) ☐ Ag/Ab (ανίχνευση Ab HIV-1/2 & Ag ☐ p24)

Αποτέλεσμα RDT: ΑΝΤΙΔΡΟΝ ☐ ΜΗ ΑΝΤΙΔΡΟΝ ☐

Στοιχεία Ιατρού

Ονοματεπώνυμο _____ Δομή Υγείας _____
Τηλ. _____ Ηλεκτρ. διεύθυνση _____
Ημ/νία αποστολής δείγματος ____/____/____

Υπογραφή & Σφραγίδα

