



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗΣ

Εξέταση: Ανίχνευση αντισωμάτων

Κωδικός δείγματος:
Κωδικός εξέτασης:
(Συμπληρώνεται από το εργαστήριο)

Στοιχεία Θεράποντος Ιατρού / Παραπέμποντος Φορέα:

Νοσοκομείο: Κλινική:

Ιατρός: Τηλ: email:

Στοιχεία Ασθενούς:

Ονοματεπώνυμο: **Φύλο:** ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία Γέννησης: **ΑΜΚΑ:** Τηλ:

Τόπος διαμονής: Πρόσφατο ταξίδι (που, πότε):

Κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων μη παστεριωμένων: ☐ Ναι ☐ Όχι

Υποκείμενα νοσήματα:

Κλινικά Στοιχεία/Ευρήματα:

Είδος δείγματος: **Ημερομηνία δείγματος:**

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:

Εμπύρετος/η ☐ Θερμοκρασία:°C Απώλεια βάρους/ανορεξία ☐ Ηπατομεγαλία ☐

Σπληνομεγαλία ☐ Ιδρώτας ☐ Αρθραλγίες ☐ Μυαλγίες ☐ Ορχίτιδα/Επιδιδυμίτιδα ☐

Αναιμία ☐ Λευκά: Αιματοκρίτης: ΤΚΕ CRP SGOT SGPT

Αγωγή κατά τη νοσηλεία:

Έκβαση: ☐ Ίαση ☐ Υποτροπή ☐ Θάνατος ☐

Υπογραφή Συγκατάθεσης Ελέγχου

.....
(συμπληρώστε: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, ημερομηνία)