



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ

Ανίχνευση: Rotavirus - Adenovirus ☐ *Campylobacter* ☐

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

Στοιχεία Θεράποντος Ιατρού / Παραπέμποντος Φορέα:

Νοσοκομείο: Κλινική:

Ιατρός: Τηλ: email:

Στοιχεία Ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

Ημερομηνία Γέννησης: ΑΜΚΑ:

Τηλ: Τόπος διαμονής:

Κλινικά Στοιχεία:

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων: Ημερομηνία δείγματος:

Διάρροια ☐ Αριθμός επεισοδίων/24h: Ημέρες διάρκειας:

Έμετος ☐ Αριθμός επεισοδίων/24h: Ημέρες διάρκειας:

Εμπύρετος/η ☐ Θερμοκρασία:°C Αφυδάτωση ☐ Βαθμός αφυδάτωσης:

Άλλο σύμπτωμα: Ανίχνευση άλλου παθογόνου:

Εμβολιασμός: Rotarix ☐ RotaTeq ☐ Ανεμβολίαστος ☐ Ημερ. Εμβολιασμών:

Αγωγή κατά τη νοσηλεία:

Υπογραφή Συγκατάθεσης Ελέγχου

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