



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟΥ MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Εξέταση: Ανοσοχρωματογραφία αντιγόνου ☐ PCR ☐

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:

Υποκείμενα νοσήματα:

Κλινικά Στοιχεία/Ευρήματα:

Είδος δείγματος: Ημερομηνία δείγματος:

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:

Εμπύρετος/η ☐ Θερμοκρασία:°C Βήχας ☐ Φαρυγγαλγία ☐ Δύσπνοια ☐ Άλλο ☐

Λευκά:..... ΤΚΕ: CRP: Ακτινογραφία Θώρακος:.....

Αγωγή κατά τη νοσηλεία:

Έκβαση: Ίαση ☐ Υποτροπή ☐ Θάνατος ☐

Υπογραφή Συγκατάθεσης Ελέγχου

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