



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ENTEROVIRUS-PARECHOVIRUS

Εξέταση: Enterovirus ☐ Parechovirus ☐

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 Κεφαλαλγία ☐ Φωτοφοβία ☐ Δυσκαμψία ☐

Κώμα ☐ Έμετοι ☐ Εξάνθημα ☐

Διάγνωση: Μηνιγγίτιδα ☐ Εγκεφαλίτιδα ☐ Σηψαιμία ☐

Γενική ΕΝΥ:

Κύτταρα Λεύκωμα Πολυμορφοπύρρηνα Λεμφοκύτταρα Σάκχαρο

Γενική αίματος:

Λευκά Πολυμορφοπύρρηνα Λεμφοκύτταρα CRP ΤΚΕ

Αγωγή κατά τη νοσηλεία: Έκβαση: Ύαση ☐ Θάνατος ☐

Υπογραφή Συγκατάθεσης Ελέγχου

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