****

ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ/ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ:

**ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΥΤΟΣΥΜΠΛΗΡΟΥΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ HIV** (συμπληρώνεται από το κάθε άτομο που προσέρχεται να εξεταστεί)

**ΑΡΧΙΚΑ ΕΠ/ΟΝ**\*:**\_ \_/\_ \_ ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ\*: \_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_**

**ΗΛΙΚΙΑ** (συμπληρώνεται μόνο αν η εξέταση είναι ανώνυμη):

**ΦΥΛΟ**: ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

**ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ΈΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ποιος είναι ο λόγος, για τον οποίο εξετάζεσθε (σημειώνετε ένα από τα παρακάτω):**

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**  **ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ**

(Άτομο με συμπτώματα)

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΛΛΟΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ**   * Σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού ………………………………………………………………….- * Ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή με ρήξη/χωρίς τη χρήση προφυλακτικού……………………………………………………………………. * Κοινή χρήση βελονών /συριγγών ή άλλων εξαρτημάτων (Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών) …………………………………………………….. * Πολυμεταγγιζόμενο/αιμοκαθαιρόμενο άτομο ……………………. * Νόμιμα εκδιδόμενο άτομο …………………………………………………. * Ασθενής με άλλο ΣΜΝ ……………………………………..…………………. | * Σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλακτικό σε χώρες με υψηλό επιπολασμό (Υπ.Αφρική, Ασία) ή σε χώρες, στις οποίες επικρατεί ο ετεροφυλοφιλικός τρόπος μετάδοσης (χώρες Ανατολικής Ευρώπης) ή με σεξουαλικούς συντρόφους που κατάγονται από τις χώρες αυτές……………………………………………………………………………………… * Ένταξη σε προγράμματα υποκατάστασης …………………………. * Θύμα σεξ. Κακοποίησης/Trafficking ……………………………………. * Άλλος ……………………………………………………………………….............   (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Έχετε λάβει κάποια από τις παρακάτω αγωγές τους τελευταίους 6 μήνες:**

**προφυλακτική αντιρετροïκή αγωγή πριν από πιθανή έκθεση\*\* (PrEP): NAI OXI**

**προφυλακτική αντιρετροïκή αγωγή μετά από πιθανή έκθεση (PEP): NAI OXI**

***\*κατά τον ανώνυμο έλεγχο, για την συμπλήρωση των αρχικών και της ημ. γέννησης, δεν είναι απαραίτητος ο έλεγχος των εγγράφων ταυτοποίησης. Κατά τον εμπιστευτικό έλεγχο είναι απαραίτητος ο έλεγχος των εγγράφων ταυτοποίησης. Ο ανώνυμος έλεγχος γίνεται εμπιστευτικός όταν το αποτέλεσμα του αρχικού ελέγχου είναι θετικό και χρειάζεται πρόσθετη διερεύνηση.***

***\*\*η θεραπεία Prep δεν είναι διαθέσιμη στην Ελλάδα***

***Η συμπλήρωση του παρόντος κρίνεται ωφέλιμη, καθώς αφορά σε σημαντικές πληροφορίες (επιδημιολογικό ιστορικό, κλινικές πληροφορίες), οι οποίες είναι χρήσιμες για την ορθή διεξαγωγή της εξέτασης. Η συλλογή, η επεξεργασία και η φύλαξη των παραπάνω δεδομένων καθορίζονται από τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 («ΓΚΠΔ») και του Ν. 4624/2019. Περισσσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο https://eody.gov.gr/disease/aids.***