



Δ/ση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης
HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων
Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων
Πολυκλινική Αθηνών, Πειραιώς 3, Αθήνα Τ.Κ. 105 52
Τηλ.: 210 8817472,
e-mail: sti-sexualhealth@eody.gov.gr

ΔΕΛΤΙΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ
Υποχρεωτικώς δηλουμένων κρουσμάτων Σύφιλης,
Συγγενούς Σύφιλης, Γονόρροιας και Χλαμυδιακών Λοιμώξεων
Δελτίο Εβδομαδιαίας Δήλωσης

1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:
2. ΕΤΟΣ:
3. ΕΒΔΟΜΑΔΑ: Από/...../..... έως/...../..... (Κυριακή – Σάββατο)

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΩΣ ΔΗΛΟΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ
ΣΥΦΙΛΗ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Νοσηλευτής Επιτήρησης Λοιμώξεων:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

e-mail επικοινωνίας:

Ημερομηνία Δήλωσης:/...../.....

Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου

Υπογραφή - Σφραγίδα