**ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ**

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΥ** | Αθήνα, 15 - 03 -2020 Αριθμ. πρωτ. |
| Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17  Ταχ. Κώδικας : 101 87  Τηλέφωνο : 213-2161120 | ΠΡΟΣ :Όπως ο πινάκας διανομής |
|  |  |

**ΘΕΜΑ: Οδηγία για αποστολή δείγματος για εργαστηριακό έλεγχο λοίμωξης COVID-19**

**ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΦΟΡΑ ΟΛΑ ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ, ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ**

**(15/3/2020)**

Για κάθε αποστολή δείγματος για εργαστηριακό έλεγχο, **θα πρέπει απαραιτήτως** να συμπληρώνεται Συνοδευτικό Δελτίο Αποστολής Κλινικού Δείγματος για το Νέο Κορωνοϊό SARS-CoV-2 από τον ιατρό. Πεδία των οποίων η συμπλήρωση **είναι υποχρεωτική** και είναι **απολύτως απαραίτητο** να μην παραλείπονται είναι τα κάτωθι:

* Ονοματεπώνυμο Ιατρού και τηλέφωνο ιατρού
* Ονοματεπώνυμο και τηλέφωνο ασθενούς
* Νομός (Περιφερειακή Ενότητα) κατοικίας και πόλη/χωριό κατοικίας
* Ηλικία και φύλο ασθενούς
* Νοσηλεία σε Νοσοκομείο
* Στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19
* Ιστορικό ταξιδιού και εάν ΝΑΙ, πού;
* Αιτιολογία εργαστηριακού ελέγχου

Επισημαίνεται ότι το Συνοδευτικό Δελτίο Αποστολής Κλινικού Δείγματος για το Νέο Κορωνοϊό SARS-CoV-2 ενδέχεται να τροποποιηθεί καθώς η επιδημία εξελίσσεται.

|  |  |
| --- | --- |
| **Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΜΕΣΗ** | **Ο Υφυπουργός**  **Βασίλειος Κοντοζαμάμης** |
|  |  |

Πινάκας Διανομής:

ΔIΟΙΚΗΤΕΣ ΤΩΝ Υ.ΠΕ

(Με την υποχρέωση να το κοινοποιήσετε στα νοσοκομεία εποπτείας σας)

ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ:

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΆΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ (Ε.Κ.Α.Β.)

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ (Ε.ΚΕ.Α.)

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Ε.Ο.Φ.)

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.)

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Ο.Δ.Υ.)

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (Ο.ΚΑ.ΝΑ)

ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.)

ΕΘΝΙΚΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΡΧΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.Α.Π.Υ.)

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε. (ΕΚΑΠΤΥ Α.Ε.)

ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ Α.Ε. (Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.)

ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε.)

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ (ΠΑΣΙΔΙΚ)

ΠΟΣΠΙΥ

**Εσωτερική Διανομή:**

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο Υφυπουργού
3. Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
4. Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
5. Γραφείο Προϊσταμένης Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας
6. Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ν.Π. – Τμήμα Β

**ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ** **ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΑ Ή ΑΛΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | ***ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ*** | | |
| **Μονάδα Υγείας:** |  | | | | | ΕΒΔOΜΑΔΑ |  | |
|  **Ιατρός (ον/μο):** |  | | | | | Α.Α. ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ |  | |
|  **Τηλ ιατρού:** |  | | | | |
|  **Δείγμα:** |  Ρινοφαρυγγικό επίχρισμα | | |  Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα | | ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | |
|  Στοματοφαρυγγικό επίχρισμα | | |  Ορός | |
|  Πτύελα | | |  Άλλο,τί;……………………… | |
|  Yλικό ενδοτραχειακής αναρρόφησης | | | ………………………………… | |
|  **Ημ/νία λήψης δείγματος:** | | └──┴──┘/└──┴──┘/└──┴──┘ | | |  |
|  **Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;** | |  ΟΧΙ  ΝΑΙ | | |  |  |  |
| ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ***ΝΑΙ***: **►** | |  Μ.Ε.Θ. ή Μ.Α.Φ. |  εκτός Μ.Ε.Θ. υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής | | | |  νοσηλεία σε θάλαμο |

***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Επώνυμο:** | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | **Όνομα:** | . . . . . . . . . . . . . . **Τηλέφωνο:** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | |
|  **Ηλικία:** | . . . . . . . . . . . | | ετών (*Σημειώστε ηλικία σε συμπληρωμένα (κλεισμένα) έτη. Εάν ηλικία <1 έτους: σημειώστε " 0 "*) | | | | |
|  **Φύλο:**  Άρρεν  Θήλυ | | | | | | | |
|  **Κατοικία:** **● Νομός (Περιφερειακή Ενότητα):** | | | | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | ●  **Πόλη/χωριό:** | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |

***ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΝΕΟ ΚΟΡΩΝΟΪΟ SARS-CoV-2 ΣΤΙΣ 14 ΗΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ***

|  |
| --- |
| Στενή επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ |
| Ιστορικό ταξιδιού:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  ΑΓΝΩΣΤΟ **►** Εάν ***ΝΑΙ***, πού; . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |

***ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ***

|  |
| --- |
| Ασθενής με σοβαρή οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού που χρειάζεται νοσηλεία ή που νοσηλεύεται  Νοσηλευόμενος ή φιλοξενούμενος σε μονάδα ηλικιωμένων ή χρονίως πασχόντων με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού  Προσωπικό Υπηρεσίας Υγείας με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού  Ηλικιωμένος ή άτομο με υποκείμενα χρόνια νοσήματα με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού   Άλλο, Τι; . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |

***ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ***

|  |  |
| --- | --- |
| RT-PCR για 2019-nCov;  ΑΡΝ  ΘΕΤ  ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟ | Έλεγχος αντισωμάτων έναντι 2019-nCov;  ΑΡΝ  ΘΕΤ |
| Ανίχνευση άλλου παθογόνου αιτίου πνευμονίας της κοινότητας ;  ΟΧΙ  ΝΑΙ **Παθογόνο:** ………………………………………… | |

*Εργαστήριο στο οποίο αποστέλλεται το δείγμα:…………………………………………………………………………………………………………*