

**ΔΕΛΤΙΟ ΑΙΜΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ
ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΥΡΕΤΟΥ Ή ΑΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ 15 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ**

Στοιχεία Υπηρεσίας Αιμοδοσίας

Όνομα Υπηρεσίας Αιμοδοσίας:

Διευθυντής:

Διεύθυνση:

Τηλ.: Fax: E-mail:

Στοιχεία αιμοδότη

Αρχικά ονοματεπώνυμο

Φύλο

Ημερομηνία γέννησης

/

Άρρεν Θήλυ

/ /

Εθνικότητα

Περιοχή κατοικίας

Κατηγορία Αιμοδότη

Εθελοντής

Εκ του συγγενικού
περιβάλλοντος

Ενόπλων δυνάμεων

Δότης ολικού αίματος

Δότης αιμοπεταλίων αφαίρεσης

Περίοδος Επιτήρησης	Ημερομηνία Αιμοδοσίας
1-15 Ιουνίου	<input type="text"/>
16-30 Ιουνίου	<input type="text"/>
1-15 Ιουλίου	<input type="text"/>
16-31 Ιουλίου	<input type="text"/>
1-15 Αυγούστου	<input type="text"/>
16-31 Αυγούστου	<input type="text"/>
1-15 Σεπτεμβρίου	<input type="text"/>
16-30 Σεπτεμβρίου	<input type="text"/>
1-15 Οκτωβρίου	<input type="text"/>
15-31 Οκτωβρίου	<input type="text"/>
1-15 Νοεμβρίου	<input type="text"/>

Γνωστοποίηση νόσησης εντός 15 ημερών μετά την αιμοδοσία

Νόσηση από τον ιό του Δυτικού Νείλου

Νόσηση από άλλη αιτία

Αν ναι περιγράψτε.....

Διάστημα από την αιμοδοσία μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων (ημέρες)

Συμπτώματα

Πυρετός Κακουχία Κεφαλαλγία Αρθραλγία Έμετοι
Λεμφαδενίτιδα Δυσκαμψία Αυχένα Άλλα/Προσδιορίστε

.....
.....

Εργαστηριακά ευρήματα **αρχικού** δείγματος

WNV-RNA Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου
Ολικά αντισώματα IgM Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου
Ολικά αντισώματα IgG Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου

Εργαστηριακά ευρήματα **δεύτερου** δείγματος (μετά από πρόσκληση του αιμοδότη)

WNV-RNA Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου
Ολικά αντισώματα IgM Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου
Ολικά αντισώματα IgG Αρνητικό Θετικό Ημερ/νία ελέγχου

Τύχη παρασκευασθέντων προϊόντων (σε περίπτωση διάγνωσης ιού του Δυτικού Νείλου)

	Αρ. Μονάδος	Μετάγγιση*	Αποθήκευση**	Διάθεση σε άλλο Νοσοκομείο	Αχρήστευση
Ερυθρά	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πλάσμα για μετάγγιση***	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια ολικού αίματος	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αιμοπετάλια αφαίρεσης	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενέργειες ανιχνευσιμότητας

**Σε περίπτωση μετάγγισης παρασκευασθέντος προϊόντος συνιστάται ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και παρακολούθηση του λήπτη για τυχόν ανεπιθύμητο σύμβαμα και σχετική διερεύνηση*

***Σε περίπτωση μη μετάγγισης παρασκευασθέντος προϊόντος, αυτό δεσμεύεται και αποσύρεται από την κυκλοφορία*

**** Τα παραπάνω δεν ισχύουν για το πλάσμα που αποστέλλονται στο ΕΚΠΠΑ με προορισμό την κλασματοποίηση*

Παρατηρήσεις

Ο Διευθυντής Αιμοδοσίας

Υπογραφή