



## Γ. ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Συμπληρώνονται από το Πρωτόκολλο (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Συμπληρώνονται από το Γρ. HIV Λοίμ. & ΣΜΝ

<b>ΑΡ. ΠΡΩΤ:</b>
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:</b>

<b>Κ.Α. ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:</b>
------------------------

Συμπληρώνονται από τον/την θεράποντα/ουσα

Ημ. αίτησης: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ:  / ΟΝ:

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ  Διεμφυλικό άτομο

Εγκυμονούσα: ΝΑΙ  Εβδομάδα κύησης (κατά τη διάγνωση): \_\_\_ ΟΧΙ

Ημ. Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Εθνικότητα: \_\_\_\_\_ Χώρα Γέννησης: \_\_\_\_\_ Τόπος Διαμονής: \_\_\_\_\_

Νοσοκομείο χρέωσης αντιρετροϊκής αγωγής (για κρατούμενους φυλακών): \_\_\_\_\_

Ασφαλιστικός φορέας: \_\_\_\_\_

Ασφαλιστική Ισχύς από: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ έως: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης στη/στο Μ.Λ./Ε.Ι.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. λήψης δείγματος προς επιβεβαίωση: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης: \_\_\_\_\_ HIV-1:  HIV-2:

Επιβεβαίωση με: WB  Genious  InnoLIA  PCR  Άλλη μέθοδος, αναφέρετε: .....

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Εργαστηριακές εξετάσεις

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΗ/ ΜΜ/ΕΕΕΕ
Αριθμός CD4	κύτ./mm <sup>3</sup>	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

Έλεγχος γονοτυπικής αντοχής ΝΑΙ  ΟΧΙ  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Έλεγχος HLA B\*5701 ΘΕΤΙΚΟ  ΑΡΝΗΤΙΚΟ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Έλεγχος TROFILE ΘΕΤΙΚΟ  ΑΡΝΗΤΙΚΟ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

HBsAg ΘΕΤΙΚΟ  ΑΡΝΗΤΙΚΟ  ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

HCV-RNA ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ  ΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Στάδιο HIV Λοίμωξης**

A1  A2  A3  B1  B2  B3  C1  C2  C3

**Προηγθείσα αντιρετροϊκή αγωγή**

Ναι  Όχι  Άγνωστο

Είδος Αντιρετροϊκής αγωγής: \_\_\_\_\_

Διάρκεια αγωγής από: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ έως: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Αιτούμενος συνδυασμός φαρμάκων**

ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ & ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ & ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
<b>ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ</b>		<b>ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ</b>	
Zidovudine/ZDV/Retrovir		Saquinavir/INV/Invirase	
Didanosine/ddi/Videx		Indinavir/IND/Crixivan	
Lamivudine/3TC/Epivir		Ritonavir/RNV/Norvir	
Stavudine/d4T/Zerit		Fosamprenavir/fAMPTelzir	
ZDV+3TC/Combivir		LPV+RNV/Kaletra	
Abacavir/ABC/Ziagen		Atazanavir/ATV/Reyataz	
ABC+3TC+ZDV/Trizivir		Darunavir/DRV/Prezista	
Tenofovir/TDF/Viread		Tipranavir/TPV/Aptivus	
Emtricitabine /FTC/ Emtriva		DRV+COBI/Rezolsta	
TDF+FTC/Truvada		<b>ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΞΗΣ</b>	
ABC+3TC/Kivexa		Enfuvirtide/T20/Fuzeon	
TAF+FTC/Descovy		<b>CCR5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ</b>	
<b>ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ</b>		Maraviroc/MVC/Celsentri	
Nevirapine/NVP/Viramune		<b>ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ</b>	
Efavirenz/EFV/Stocrin		Raltegravir/RAL/Isentress	
Etravirine/ETR/Intelence		Dolutegravir/DTG/Tivicay	
Rilpivirine/RLP/Edurant			
<b>ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ &amp; ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ</b>		<b>ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ &amp; ΜΗ ΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ</b>	
TDF+FTC+EVG+COBI/Stribild		TDF+FTC+EFV/Atripla	
ABC+3TC+DTG/Triumeq		TDF+FTC+RPV/Eviplera	
EVG+COBI+FTC+TAF/Genvoya		Άλλο:	
Άλλο:		Άλλο:	

**Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης**

Όνομα/μο επαγ. υγείας: \_\_\_\_\_

Μονάδα υγείας: \_\_\_\_\_

Κλινική: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο & Fax: \_\_\_\_\_

Υπογραφή & Σφραγίδα: \_\_\_\_\_