



Γ. ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Συμπληρώνονται από το Πρωτόκολλο (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Συμπληρώνονται από το Γρ. HIV Λοίμ. & ΣΜΝ

ΑΡ. ΠΡΩΤ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Κ.Α. ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

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 (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): ___ / ___ / ___

Εθνικότητα: _____ Χώρα Γέννησης: _____ Τόπος Διαμονής: _____

Νοσοκομείο χρέωσης αντιρετροϊκής αγωγής (για κρατούμενους φυλακών): _____

Ασφαλιστικός φορέας: _____

Ασφαλιστική Ισχύς έως: ___ / ___ / ___

Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης στη/στο Μ.Λ./Ε.Ι*.: ___ / ___ / ___

*(πρώτη προγραμματισμένη επίσκεψη σε εξειδικευμένη δομή παρακολούθησης του HIV/AIDS μετά τη διάγνωση)

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. λήψης δείγματος προς επιβεβαίωση: ___ / ___ / ___

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης HIV θετικού αποτελέσματος :

HIV-1 HIV-2

Επιβεβαίωση με: WB Genious InnoLIA PCR Άλλη μέθοδος: _____

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης ___ / ___ / ___

Εργαστηριακές εξετάσεις

Εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
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 ___ / ___ / ___

ANTI-HCV ΘΕΤΙΚΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ ___ / ___ / ___

Στάδιο HIV Λοίμωξης

A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Προηγούμενη αντιρετροϊκή αγωγή

Ναι Όχι Αγνωστο

Είδος Αντιρετροϊκής αγωγής: _____

Διάρκεια αγωγής από: __ __ / __ __ / __ __ __ __ έως: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Αιτούμενος συνδυασμός φαρμάκων

ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ	ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ	
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/Agardon		DRV+COBI/Rezolsta	
Tenofovir/TDF/Viread		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΗΣ	
Emtricitabine /FTC/ Emtriva		Enfuvirtide/T20/Fuzeon	
TDF+FTC/Argiodin		CCR5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ	
TDF+FTC/Mylan		Maraviroc/MVC/Celsentri	
TDF+FTC/Truvada		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ	
ABC+3TC/Kivexa		Raltegravir/RAL/Isentress	
TAF+FTC/Descovy		Dolutegravir/DTG/Tivicay	
ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ		ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ & ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ	
Nevirapine/NVP/Viramune		TDF+FTC+EFV/Atripla	
Nevirapine/NVP/Vocate		TDF+FTC+RPV/Eviplera	
Efavirenz/EFV/Stocrin		TAF+FTC+RPV/Odefsey	
Etravirine/ETR/Intence		ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ	
Rilpivirine/RLP/Edurant		TDF+FTC+EVG+COBI/Stribild	
		ABC+3TC+DTG/Triumeq	
		EVG+COBI+FTC+TAF/Genvoya	

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομα/μο επαγ. υγείας: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο & Fax: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____