



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Γ. ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ
ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ**

Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων
Υπουργείο Υγείας
Αγράφων 3-5, 151 23 Μαρούσι
Τηλ: 210 - 52.12.000, 210 - 52.12.133
Fax: 210 - 52.12.121, 210 - 52.12.130
www.keelpno.gr

Γ. ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Ημ/νία αίτησης: / /
 Ημέρα Μήνας Έτος

Αρχικά ονοματεπώνυμο

Ημερομηνία γέννησης

Φύλο

/

/ /

Άρρεν Θήλυ Άλλο

Επώνυμο Όνομα

Ημέρα Μήνας Έτος

Εθνικότητα Χώρα γέννησης Τόπος διαμονής

Έτη παραμονής στην Ελλάδα για άτομα Αλλοδαπής Εθνικότητας

Ασφαλιστικός Φορέας Ασφαλιστική Ισχύς Από: - Έως:

Ενδείξεις αντιρετροϊκής αγωγής

Κατάσταση	Πρόσφατη μέτρηση αριθμού CD4 λεμφοκυττάρων ^(i,ii)	
	350-500	>500
Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη	C	D
Συμπτωματική HIV λοίμωξη (CDC B ή C) συμπεριλ. της φυματίωσης	R	R
Πρωτολοίμωξη	C	C
Εγκυμοσύνη (πριν το τρίτο τρίμηνο)	R	R
Νόσοι/συμβάματα που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη, διαφορετικά από αυτά του σταδίου B ή C της νόσου:		
• HIV-σχετιζόμενη νεφροπάθεια	R	R
• HIV-σχετιζόμενη νευρογνωσιακή διαταραχή	R	R
• Λέμφωμα Hodgkin	R	R
• HPV - σχετιζόμενες κακοήθειες	R	R
• Άλλες μη σχετιζόμενες με το AIDS κακοήθειες που απαιτούν χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία	C	C
• Αυτοάνοση νόσος	C	C
• Υψηλός κίνδυνος για CVD (>20% εκτιμώμενος 10ετής κίνδυνος)	C	C
Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα:		
• HBV που απαιτεί θεραπεία	R	R
• HBV που δεν απαιτεί θεραπεία	C/R ⁽ⁱⁱⁱ⁾	D
• HCV για την οποία λαμβάνεται θεραπεία ή είναι υπό εξέταση η έναρξή της	R ^(iv)	D ^(v)
• HCV για την οποία δεν είναι εφικτή η λήψη θεραπείας	R	C
Άλλη ένδειξη, καθορίστε:		

⁽ⁱ⁾ Η έναρξη ART συστήνεται σε όλους τους HIV οροθετικούς ασθενείς με τρέχοντα αριθμό CD4 < 350 κυττ./μλ

⁽ⁱⁱ⁾ C: (consider) θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο έναρξης ART, D: (defer) αναβάλλεται η έναρξη ART, R: (recommend) συστήνεται έναρξη ART

⁽ⁱⁱⁱ⁾ Συστήνεται η έναρξη ART σε αυτούς που είναι HBeAg(+).

^(iv) Συστήνεται η έναρξη ART για τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος της θεραπείας για την ηπατίτιδα C.

^(v) Θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στη θεραπεία για την HCV λοίμωξη (σε μια προσπάθεια εξάλειψης του HCV) και να αναβάλλεται η έναρξη ART.

Εργαστηριακά αποτελέσματα HIV διάγνωσης

HIV-1 Θετικό Αρνητικό HIV-2 Θετικό Αρνητικό HIV+ (Άγνωστος τύπος)

Επιβεβαίωση με: W. blot Άλλο, προσδιορίστε

	Ημέρα	Μήνας	Έτος	Υπηρεσία που έγινε η λήψη δείγματος
Τελευταίο θετικό δείγμα	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Πρώτο θετικό δείγμα	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Τελευταίο αρνητικό δείγμα	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Εργαστηριακές εξετάσεις

Ολικός αριθμός (ανά mm³) βοηθητικών Τ λεμφοκυττάρων (CD4)

Ημέρα	Μήνας	Έτος
<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Μέτρηση ιικού φορτίου HIV-1 στο περιφερικό αίμα (αντίγραφα/ml)

Ημέρα	Μήνας	Έτος
<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Έλεγχος γονοτυπικής αντοχής* ΝΑΙ ΟΧΙ / /

Έλεγχος HLA* ΘΕΤ ΑΡΝ / /

Έλεγχος TROFILE* ΘΕΤ ΑΡΝ / /

Άλλη εξέταση, καθορίστε

.....

.....

.....

*Επισυνάψτε Εξέταση

Στάδιο HIV λοίμωξης

(Σύμφωνα με την ταξινόμηση του CDC 1993 – βλ. Παραρτήματα II, III, IV)

A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Ανάλογα με το στάδιο της HIV λοίμωξης συμπληρώστε τις παρακάτω ερωτήσεις:

Εάν ο ασθενής ανήκει την Κατηγορία A (βλ. Παράρτημα III) σημειώστε τις καταστάσεις που παρουσιάζει:

Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη
Επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
Πρωτολοίμωξη

Εάν ο ασθενής ανήκει την Κατηγορία B (βλ. Παράρτημα III) σημειώστε τα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζει:

Βακτηριακή αγγειωμάτωση
Καντιντίαση στοματοφαρυγγική (μυκητιακή στοματίτιδα)
Καντιντίαση αιδοιοκολπική (επιμένουσα, υποτροπιάζουσα ή ανθεκτική στη θεραπεία)
Δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας (μέτρια ή σοβαρή) / in situ καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας
Μη ειδικά συμπτώματα όπως πυρετός (38,5°C) ή διάρροια για περισσότερο από 1 μήνα
Τριχωτή λευκοπλακία στόματος
Έρπης ζωστήρας, με δύο τουλάχιστον διαφορετικά επεισόδια ή καταλαμβάνων περισσότερα από ένα δερματοτόμια
Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα
Λιστερίωση
Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
Περιφερική νευροπάθεια

Άλλα κλινικά συμπτώματα
.....
.....

Εάν ο ασθενής ανήκει την Κατηγορία C (βλ. Παράρτημα III, IV) συμπληρώστε το δελτίο δήλωσης κρουσμάτων AIDS, Δελτίο B.

Προηγθείσα αντιρετροϊκή αγωγή

Ναι Όχι Άγνωστο

Εάν ναι, καθορίστε το είδος και τη διάρκεια της αγωγής

Είδος αντιρετροϊκής αγωγής:

Διάρκεια αγωγής: από / Έτος έως / Έτος
Μήνας Έτος Μήνας Έτος

Αιτούμενα φάρμακα για έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ

Νουκλεοσιδικά Ανάλογα

- Abacavir / ABC / Ziagen (Επισύναψη ελέγχου HLA)
Emtricitabine / FTC / Emtriva
Didanosine / ddl / Videx
Lamivudine / 3TC / Eпивir
Stavudine / d4T / Zerit
Zidovudine / ZDV / Retrovir
ZDV + 3TC / Combivir
ABC + 3TC / Kivexa (Επισύναψη ελέγχου HLA)
ABC + 3TC + ZDV / Trizivir (Επισύναψη ελέγχου HLA)

Αιτούμενος
Συνδυασμός

Καθορίστε τη μορφή και τη δοσολογία
του ιδιοσκευάσματος

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Νουκλεοτιδικά ανάλογα

- Tenofovir / TDF / Viread

.....

Μη νουκλεοσιδικά ανάλογα

- Efavirenz / EFV / Stocrin
Nevirapine / NVP/ Viramune
Etravirine / ETR / Intelence

.....
.....
.....

Νουκλεοσιδικά + Νουκλεοτιδικά ανάλογα

- FTC + TDF / Truvada

.....

Νουκλεοσιδικά + Νουκλεοτιδικά + Μη Νουκλεοσιδικά ανάλογα

- FTC + TDF + EFV / Atripla
FTC +TDF + RVP/ Eviplera

.....
.....

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ

- Atazanavir / ATV/ Reyataz
Fosamprenavir / fAPV/ Telzir
Indinavir / IDV / Crixivan
Lopinavir + Ritonavir / LPV + RTV / Kaletra
Darunavir / DRV/ Prezista
Tipranavir / TPV/ Aptivus
Saquinavir/SQV/Invirase
Ritonavir/RTV/ Norvir

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΞΗΣ

- Enfuvirtide / T-20/ Fuzeon

.....

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΡΓΚΡΑΣΗΣ

- Raltegravir / RAL/ Isentress

.....

ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ CCR5

- Maraviroc / MVC/ Celsentri (Επισύναψη ελέγχου TROFILE)

.....

Άλλα φάρμακα, καθορίστε



Νοσοκομείο ή άλλο Ίδρυμα

Μονάδα ή Τμήμα

Όνομ/μο ιατρού.....Ειδικότητα

Υπογραφή Ιατρού