



Δ. ΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Ημ. Αίτησης: ___ / ___ / ___ Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: [] [] / ΟΝ: [] []

Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): ___ / ___ / ___ Κωδικός Αριθμός Θεραπείας (Κ.Α.): _____

Ασφαλιστικός φορέας: _____

Ασφαλιστική Ισχύς έως: ___ / ___ / ___

ΣΤΑΔΙΟ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

A1	[]	A2	[]	A3	[]	B1	[]	B2	[]	B3	[]	C1	[]	C2	[]	C3	[]
Ημ/νία προηγ.σχήματος: ___ / ___ / ___						Ημ/νία νέου σχήματος: ___ / ___ / ___											
ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ			Προηγ. σχήμα	Νέο σχήμα	ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ			Προηγ. σχήμα	Νέο σχήμα								
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/Viread					Tipranavir/TPV/Aptivus												
Emtricitabine /FTC/ Emtriva					DRV+COBI/Rezolsta												
TDF+FTC/Argiodin																	
TDF+FTC/Mylan																	
TDF+FTC/Truvada					ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΞΗΣ												
TAF+FTC/Descovy					Enfuvirtide/T20/Fuzeon												
ABC+3TC/Kivexa					CCR5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ												
ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ					Maraviroc/MVC/Celsentri												
Nevirapine/NVP/Viramune					ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ												
Nevirapine/NVP/Vocate																	
Efavirenz/EFV/Stocrin					Raltegravir/RAL/Isentress												
Etravirine/ETR/Intence					Dolutegravir/DTG/Tivicay												
Rilpivirine/RLP/Edurant					ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ & ΜΗ ΑΝΑΛΟΓΑ												
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ					TDF+FTC+EFV/Atripla												
TDF+FTC+EVG+COBI/Stribild					TDF+FTC+RPV/Eviplera												
ABC+3TC+DTG/Triumeq					TAF+FTC+RPV/Odefsey												
EVG+COBI+FTC+TAF/Genvoya					Άλλο:												

Τελευταίες εργαστηριακές εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
HIV-1 Φορτίο	αντ./ml	

Έλεγχος HLA B*5701 ΘΕΤΙΚΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ ___ / ___ / ___

Έλεγχος TROFILE ΘΕΤΙΚΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ ___ / ___ / ___

Αιτιολογία αλλαγής αντιρετροϊκής αγωγής

- i. Ιολογική αποτυχία
- ii. Ανοσολογική αποτυχία
- iii. Γονοτυπική αντοχή
- iv. Μη συμμόρφωση ασθενούς
- v. Συλλοίμωση HBV
- vi. Συλλοίμωση HCV

vii. Ανεπιθύμητες ενέργειες,(αναφέρετε): _____ από το ίδιοσκεύασμα: _____

viii. Άλλος λόγος (αναφέρετε): _____

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο & Fax: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____