



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/Truvada					
TDF+FTC/Argiodin			ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΞΗΣ		
ABC+3TC/Kivexa			Enfuvirtide/T20/Fuzeon		
TAF+FTC/Descovy			CCR5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ		
ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ			Maraviroc/MVC/Celsentri		
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ			ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ		
Nevirapine/NVP/Viramune			Raltegravir/RAL/Isentress		
Efavirenz/EFV/Stocrin			Dolutegravir/DTG/Tivicay		
Etravirine/ETR/Intence			ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ & ΜΗ ΑΝΑΛΟΓΑ		
Rilpivirine/RLP/Edurant			TDF+FTC+EFV/Atripla		
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ			TDF+FTC+RPV/Eviplera		
TDF+FTC+EVG+COBI/Stribild			TAF+FTC+RPV/Odefsey		
ABC+3TC+DTG/Triumeq			Άλλο:		
EVG+COBI+FTC+TAF/Genvoya					

Τελευταίες εργαστηριακές εξετάσεις	Τιμές	ΗΜ/ ΜΗ/ΕΤΟΣ
Αριθμός CD4	κύτ./mm3	
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. Συλλοίμωξη HBV
- vi. Συλλοίμωξη 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: _____