

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ HIV

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____ (δίδεται από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Ημερομηνία προσέλευσης περιστατικού: ____ / ____ / ____

Ώρα προσέλευσης περιστατικού: ____ : ____

1. Χαρακτηριστικά του ατόμου που εκτέθηκε στον HIV

Αρχικά (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: / ΟΝ: Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): ____ / ____ / ____

Φύλο: Άρρεν Θήλυ Διεμφυλικό άτομο

Χώρα προέλευσης: _____

Ασφαλιστικός φορέας: _____

Ασφαλιστική Ισχύς έως: ____ / ____ / ____

Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Βοηθητικό προσωπικό

Άλλο, καθορίστε: _____

2. Χαρακτηριστικά του συμβάντος

α) Ημερομηνία έκθεσης: ____ / ____ / ____ Ώρα: ____ : ____

β) Έχει εκτεθεί το άτομο στον HIV άλλη φορά (προ της παρούσης) τους προηγούμενους τρεις μήνες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ: i) Ημ/νία προηγούμενης έκθεσης: ____ / ____ / ____

ii) Ημ/νία προηγούμενης χορήγησης προφυλ. αγωγής: ____ / ____ / ____

3. Είδος έκθεσης / Συνθήκες συμβάντος

A) ΜΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

α) Σταθερός σύντροφος β) Περιστασιακός σύντροφος γ) θύμα σεξουαλικής κακοποίησης

δ) θύμα trafficking

Ενεργητική πρωκτική (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Παθητική πρωκτική (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Ενεργητική κολπική (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Παθητική κολπική (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Στοματογεννητική με εκσπερμάτιση (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Στοματογεννητική χωρίς εκσπερμάτιση (άνευ / ρήξη προφυλακτικού)	
Από κοινού χρήση βελονών/ συρίγγων / άλλων εξαρτημάτων χρήσης	
Τυχαίο τρύπημα με βελόνα στην κοινότητα	
Άλλο:	

B) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

α) Υγειονομικό προσωπικό. Προσδιορίστε _____

β) Άλλο προσωπικό που εκτέθηκε κατά την ώρα εργασίας. Προσδιορίστε _____

Διαδερμικός τραυματισμός με υγρά με υψηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου *	
Διαδερμική επαφή με υγρά με χαμηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου **	
Βαθύς τραυματισμός με αιχμηρά αντικείμενα με ορατό αίμα	
Επαφή του βλεννογόνου ή κατεστραμμένου δέρματος με υγρά με υψηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου *	
Επαφή των βλεννογόνων με τα υγρά του σώματος με χαμηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου**	
Άλλο:	

* υγρά με υψηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου: αίμα και όλα τα παράγωγά του, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αρθρικό υγρό, πλευριτικό υγρό, περιτονιαίο υγρό, περικαρδιακό υγρό, αμνιακό υγρό

** υγρά με χαμηλή συγκέντρωση ιικού φορτίου: σάλιο, ούρα, ιδρώτας, δάκρυα, ρινικές εκκρίσεις, πτύελα, εμέσματα. Πολύ μικρός κίνδυνος. Αυξάνεται με την πρόσμιξη αίματος.

4. Χαρακτηριστικά της πηγής (στην περίπτωση περισσοτέρων της μίας, επιλέξτε την πηγή που θεωρείτε υψηλότερου κινδύνου)

Αρχικά (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: / ΟΝ:

Ημ. Γέννησης (ΗΜΜΗ/ΕΤΟΣ): ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Φύλο: Άρρεν Θήλυ Διεμφυλικό άτομο

Χώρα προέλευσης:

• Εάν η πηγή ανήκει σε ομάδα με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, επιλέξτε:

- Χρήστης ενδοφλεβίων ουσιών
- Ομο/αμφιφυλόφιλος
- Άτομο το οποίο εκδίδεται παράνομα
- Καταγωγή από χώρα με υψηλό επιπολασμό/προσδιορίστε:
- Γνωστός HIV οροθετικός

• Εάν είναι γνωστή η HIV οροθετικότητα της πηγής σημειώστε:

α) Κωδικός Αριθμός Θεραπείας (Κ.Α.) πηγής: ___ ___ ___

β) Αντιρετροϊκή αγωγή πηγής:

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

Έλεγχος Γονοτυπικής αντοχής HIV-1 σε αντιρετροϊκά φάρμακα ΝΑΙ ΟΧΙ

Φάρμακο/α στο/α οποίο/α παρουσιάζει αντοχή: _____

5. Αιτούμενη προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή:

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

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας:

Μονάδα υγείας:

Κλινική:

Τηλέφωνο & Fax:

Ημερομηνία Δήλωσης:

Υπογραφή & Σφραγίδα: