



**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ HIV**

Ημερομηνία αίτησης: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

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

**1. Χαρακτηριστικά της μητέρας**

Αρχικά (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ:   / ΟΝ:

Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Χώρα προέλευσης:

Ασφαλιστικός φορέας: \_\_\_\_\_

Ασφαλιστική Ισχύς έως: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**2. Χαρακτηριστικά HIV οροθετικότητας της μητέρας**

**A. Μητέρα αγνώστου HIV ορολογικού προφίλ:**

i) Αποτέλεσμα ελέγχου EIA/ rapid test: ΘΕΤΙΚΟ  ΑΜΦΙΒΟΛΟ

ii) Επιβεβαίωση με: WB  Genious  InnoLIA  PCR

Άλλη μέθοδος, αναφέρετε: .....

**B. HIV (+) μητέρα:**

Κωδικός Αριθμός Θεραπείας (Κ.Α.): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Αντιρετροϊκή αγωγή μητέρας: .....

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

**3. Αιτούμενη προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή:**

ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
Zidovudine/ZDV/Retrovir (syr)	
Zidovudine/ZDV/Retrovir (inj)	
Lamivudine/3TC/Epivir (syr)	
Nevirapine/NVP/Viramune (syr)	
Άλλο:	

**Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης**

Όνομ/μο επαγ. υγείας: \_\_\_\_\_

Μονάδα υγείας: \_\_\_\_\_

Κλινική: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο & Fax: \_\_\_\_\_

Υπογραφή & Σφραγίδα: \_\_\_\_\_