



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

ΚΩΔΙΚΟΣ:

(δίδεται από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Ημερομηνία αίτησης: ___ / ___ / _____

1. Χαρακτηριστικά της μητέρας

Αρχικά (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: / ΟΝ:

Ημ. Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): ___ / ___ / _____

Χώρα προέλευσης: _____

Ασφαλιστικός φορέας: _____

Ασφαλιστική Ισχύς από: ___ / ___ / _____ 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	ΗΗ/ ΜΜ/ΕΕΕΕ
Αριθμός CD4	κύτ./mm ³	
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)	

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο & Fax: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____