



Θ.ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ HIV ΣΕ ΠΙΘΑΝΑ HIV+ ΕΓΚΥΕΣ ΣΤΑ ΚΥΤ

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: _____

Τόπος προσωρινής διαμονής: _____

Εβδομάδες κύησης: _____

2. Χαρακτηριστικά HIV οροθετικότητας της μητέρας

Μητέρα αγνώστου HIV ορολογικού προφίλ:

i) Ημ. 1^{ης} Αιμοληψίας ΕΙΑ/ rapid test: ___ / ___ / _____

Μέθοδος: ΟD:

Αποτέλεσμα: ΘΕΤΙΚΟ ΑΜΦΙΒΟΛΟ

ii) Ημ. 2^{ης} Αιμοληψίας ελέγχου ΕΙΑ/ rapid test: ___ / ___ / _____

Μέθοδος: ΟD:

Αποτέλεσμα: ΘΕΤΙΚΟ ΑΜΦΙΒΟΛΟ

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης (ΚΑ):(συμπληρώνεται και αποστέλλεται στο γραφείο HIVλοίμωξης μετά την παραλαβή του αποτελέσματος από το Κ.Α.)

Ημ. Αιμοληψίας επιβεβαίωσης: ___ / ___ / _____

Επιβεβαίωση με: WB Genious InnoLIA PCR

Αποτέλεσμα: ΘΕΤΙΚΟ ΑΜΦΙΒΟΛΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ

3. Αιτούμενη προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή:

Ημερομηνία: ΑΠΟ ___ / ___ / _____ ΕΩΣ ___ / ___ / _____

ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
Combivir (300mg AZT +150mg 3TC)	
Kaletra (200mg LPV + 50mg RTV)	

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο επαγ. υγείας: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο & Fax: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____