

Γ. ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ HIV+ ΑΤΟΜΩΝ

Συμπληρώνονται από τον Ε.Ο.Δ.Υ.

ΑΡ. ΠΡΩΤ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Κ.Α. ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Συμπληρώνονται από τον/την θεράποντα/ουσα

Ημ. αίτησης: __ / __ / __

Αρχικά Ασθενούς (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: [] [] / ΟΝ: [] []

Φύλο: Άρρεν [] Θήλυ [] Διεμφυλικό άτομο []

Εγκυμονούσα: ΝΑΙ [] Εβδομάδα κύησης (κατά τη διάγνωση): __

Ημ. Γέννησης (ΗΜ/ΜΗ/ΕΤΟΣ): __ / __ / __

Εθνικότητα: _____ Χώρα Γέννησης: _____ Τόπος Διαμονής: _____

Νοσοκομείο χρέωση αντιρετροϊκής αγωγής

(για κρατούμενους φυλακών και ασθενείς ιδιωτικών θεραπευτηρίων): _____

Ασφαλιστικός φορέας: _____

Ασφαλιστική Ισχύς έως: __ / __ / __

Ημερομηνία πρώτης προγραμματισμένης επίσκεψης στη/στο Μ.Λ./Ε.Ι*.: __ / __ / __

*(πρώτη προγραμματισμένη επίσκεψη σε εξειδικευμένη δομή παρακολούθησης του HIV/AIDS μετά τη διάγνωση)

Νοσηλευόμενος: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Αποτελέσματα εργαστηριακής διάγνωσης HIV

Ημ. αιμοληψίας δείγματος επιβεβαίωσης: __ / __ / __

Κέντρο Αναφοράς Επιβεβαίωσης HIV θετικού αποτελέσματος :

Επιβεβαίωση με: WB [] Geenius [] InnoLIA [] PCR [] Άλλη μέθοδος:

Τελευταίο αρνητικό δείγμα: Ημ. εξέτασης __ / __ / __

Εργαστηριακές εξετάσεις

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

Έλεγχος γονοτυπικής αντοχής ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] __ / __ / __

Έλεγχος HLA B*5701 ΘΕΤΙΚΟ [] ΑΡΝΗΤΙΚΟ [] ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ [] __ / __ / __

Έλεγχος TROFILE ΘΕΤΙΚΟ [] ΑΡΝΗΤΙΚΟ [] ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ [] __ / __ / __

HBsAg ΘΕΤΙΚΟ [] ΑΡΝΗΤΙΚΟ [] ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ [] __ / __ / __

ANTI-HCV ΘΕΤΙΚΟ [] ΑΡΝΗΤΙΚΟ [] ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ [] __ / __ / __

Αρχικά Ασθενούς ΕΠ: / ΟΝ:

Στάδιο HIV Λοίμωξης

Πρωτολοίμωξη ☐

A1 ☐ A2 ☐ A3 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3 ☐

Προηγθείσα αντιρετροϊκή αγωγή:

Ναι ☐ Όχι ☐ Άγνωστο ☐

Είδος Αντιρετροϊκής αγωγής:

Διάρκεια αγωγής από: __ __ / __ __ / __ __ __ __ έως: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Αιτούμενος συνδυασμός φαρμάκων

ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ - ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ	ΜΟΡΦΗ - ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ	
Zidovudine/ZDV/Retrovir		Saquinavir/INV/Invirase	
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/Agardon		Darunavir/DRV/Dodefzar	
Tenofovir/TDF/Viread		Darunavir/DRV/Mylan	
Emtricitabine /FTC/ Emtriva		DRV+COBI/Rezolsta	
TDF+FTC/Argiodin		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΤΗΞΗΣ	
TDF+FTC/ETD-MYLAN		Enfuvirtide/T20/Fuzeon	
TDF+FTC/Truvada		CCR5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ	
ABC+3TC/Kivexa		Maraviroc/MVC/Celsentri	
ABC+3TC/MYLAN		ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ	
ABC+3TC/Varistren		Raltegravir/RAL/Isentress	
TAF+FTC/Descovy		Dolutegravir/DTG/Tivicay	
ΜΗ ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ		ΝΟΥΚΛ.&ΜΗ ΝΟΥΚΛ. ΑΝΑΛΟΓΑ	
Nevirapine/NVP/Viramune		TDF+FTC+EFV/Atripla	
Nevirapine/NVP/Vocate		TDF+FTC+EFV/EETD-MYLAN	
Efavirenz/EFV/Stocrin		TDF+FTC+EFV/Hemocinol	
Etravirine/ETR/Intelence		TDF+FTC+RPV/Eviplera	
Rilpivirine/RLP/Edurant		TAF+FTC+RPV/Odefsey	
Doravirine/DOR/Pifeltro		TDF+3TC+DOR/Delstrigo	
ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤ. ΙΝΤΕΓΚΡΑΣΗΣ		ΝΟΥΚΛΕΟΣΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ & ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ	
TDF+FTC+EVG+COBI/Stribild		TAF+FTC+DRV+COBI/Symtuza	
ABC+3TC+DTG/Triumeq			
EVG+COBI+FTC+TAF/Genvoya		Άλλο:	
FTC+TAF+BIC/Biktarvy			
3TC+DTG/Dovato			

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο ιατρού:

Μονάδα υγείας:

Κλινική:

Τηλέφωνο:

Υπογραφή & Σφραγίδα: