

Ι. ΔΗΛΩΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ HIV

ΚΩΔΙΚΟΣ*: _____

Αρ.Πρ./Ημερομηνία*: _____

Ημερομηνία δήλωσης τροποποίησης προφυλακτικής αγωγής: ____ / ____ / ____

Αρ. Πρωτοκόλλου αρχικού αιτήματος χορήγησης προφυλακτικής αγωγής: ____

Στοιχεία του ατόμου που εκτέθηκε στον HIV

Αρχικά (Επίθετο/Όνομα) ΕΠ: / ΟΝ: Ημ. Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ): ____ / ____ / ____

Φύλο κατά τη γέννηση: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Εάν πρόκειται για διεμφυλικό άτομο, σημειώστε: ☐

Αιτούμενη προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή (PEP)

Αρχικό σχήμα PEP	Νέο σχήμα PEP

Αιτούμενο/α αντιρετροϊκό/ά σκεύασμα/τα:

Αιτίες τροποποίησης PEP

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο ιατρού: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____

**(δίδεται από τον Ε.Ο.Δ.Υ.)*