



**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<sup>ης</sup> Αιμοληψίας ΕΙΑ/ rapid test: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Μέθοδος: ..... OD: .....

Αποτέλεσμα: ΘΕΤΙΚΟ  ΑΜΦΙΒΟΛΟ

ii) Ημ. 2<sup>ης</sup> Αιμοληψίας ελέγχου ΕΙΑ/ rapid test: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Μέθοδος: ..... OD: .....

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  Genius  InnoLIA  PCR   
Αποτέλεσμα: ΘΕΤΙΚΟ  ΑΜΦΙΒΟΛΟ  ΑΡΝΗΤΙΚΟ

**3. Αιτούμενη προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή:**

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: \_\_\_\_\_