

NGK-BEG AANVRAAGFORMULIER AR-THERAPIE

Naam en voornaam patiënt: _____	stempel arts, telefoonnummer, handtekening
M / V Geboorte datum: ___/___/___ Leeftijd: ___ jr. Tel.nr.: _____	datum aanvraag: ___/___/ 20___

Therapie (3 middelen)

- HIVtest: pos. vanaf 20___
CD4 cellen, aantal: _____, d.d. ___/___/20___
Indien >350 ⇒ Kaposi sarcoom
 ⇒ Chronisch actieve hepatitis B
- Rifampicinegebruik
- Anemie, Hb _____ mmol/l, d.d. ___/___/20___
- Allergie, tegen: _____

Profylaxe (2 middelen)

- Preventie HIV-transmissie van moeder op kind, voor de moeder
- Preventie HIV-transmissie van moeder op kind, voor het kind
- Postexpositieprofylaxe voor gezondheidswerkers
- Postexpositieprofylaxe voor HIV-neg. personen, na seksueel misbruik



<input type="radio"/> zidovudine 100mg	<input type="radio"/> zidovudine 300mg	<input type="radio"/> zidovudine drank
<input type="radio"/> abacavir drank		
<input type="radio"/> lamivudine 150mg		
<input type="radio"/> lamivudine drank	<input type="radio"/> nevirapine 200mg	<input type="radio"/> nevirapine drank
<input type="radio"/> zidovudine+lamivudine	<input type="radio"/> zidovudine+lamivudine+nevirapine	
<input type="radio"/> efavirenz 600mg	<input type="radio"/> efavirenz 200mg	
<input type="radio"/> tenofovir 300mg		
<input type="radio"/> stavudine 30mg	<input type="radio"/> stavudine+lamivudine+nevirapine	