

Cognome e nome del paziente: _____

Data di accettazione: _____ Numero: _____

Medico richiedente: _____

Farmaci assunti attualmente:

Nome commerciale	Sigla	
Videx	ddI	
Epivir	3TC	
Zerit	D4T	
Hivid	ddC	
Retrovir	AZT	
Combivir	3TC-AZT	
Rescriptor	DLV	
Viramune	NVP	
Sustiva	DMP 266	
Abacavir	1592	
Crixivan	IND	
Viracept	NLF	
Norvir	RIT	
Invirase	SQV	

- **Carica virale**

Copie virali/ml _____ Determinata il _____