

جذاذة شخصية لمتابعة  
العلاج الثلاثي المضاد لفيروس السيدا

- قسم الأمراض الجرثومية بالمستشفى الجامعي: .....
- اسم ولقب المريض : .....
- تاريخ الولادة ( السن ) : .....
- العنوان : .....
- التغطية الاجتماعية : CNSS / CNR / آخر ..... لا شيء /
- الحالة المدنية : أعزب / متزوج (ة) / مطلق (ة) / أرمل (ة) /
- طريقة العدوى المحتملة : .....
- الحالة السريرية : حامل للفيروس / سيدا /
- الاختبارات البيولوجية :
- خلايا CD 4 : ..... تاريخ الاختبار : .....
  - الحمولة الفيروسيّة في الدم ( CVP ) : ..... تاريخ الاختبار : .....
- قابلية المريض للعلاج : .....
- قرار العلاج : نعم / لا /
- إمضاء وختم الطبيب المباشر : ..... في ..... 200

**ملاحظة :** 1- ترسل هذه الجذاذة وجوبا إلى إدارة الرعاية الصحية الأساسية مع ضمان السرية

2- تجدد هذه الجذاذة عند كل تغيير يقع على مستوى العلاج أو عند إيقافه