



Nom : M F

Prénom

Nom de naissance :

Date de Naissance :

Service :

**ORDONNANCE POUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE (AEV/AP)
POST EXPOSITION AU VIH POUR ADULTES**

Prophylaxie du VIH

Truvada 1 cp / 24h,

Prezista 800 mg 1 cp / 24h,

Norvir 1 cp / 24 h

} **3 cps en 1prise/ j avec un repas**

Ou

Truvada 1 cp / 24h avec une collation/repas

Isentress 1 cp matin et soir

Ou

Stribild 1cp / 24H au cours d'un repas

QSP :

1 Kit pour 48 H ----- ou

2 Kits pour 96 H ----- ou

28 jours -----

Nom du prescripteur

Signature

