



Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Datum narození (není-li RČ) Kód ZP:.....

Adresa trv. pobytu

(případně jiná adresa):.....

ROZPIS TERAPIE – HIV CENTRUM

Fm-L009-040-INF-004

verze č. 1, str. 1/1

Injekční cART (Combination AntiRetroviral Therapy)

- 1. aplikace – první den injekční aplikace je posledním dnem užití terapie v tabletách
- 2. aplikace – za 1 měsíc
- 3. a další aplikace – á 2 měsíce (+ 7 dní)

[illegible]