



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

• **Eviplera**

1 comprimé par 24h, au cours d'un repas.
(attention CI des IPP)

QSP

1 Kit pour 48 H----- ou

2 Kits pour 96 H ----- ou

Nom du prescripteur

Signature

