



Tarjetas de bolsillo

sobre fármacos para el tratamiento del VIH y las enfermedades relacionadas



Formulario de solicitud de tarjetas de bolsillo

Nombre del medicamento y principio activo	Nº de ejemplares	Nombre del medicamento y principio activo	Nº de ejemplares
<input type="checkbox"/> Aptivus® (tipranavir)		<input type="checkbox"/> Reyataz® (atazanavir)	
<input type="checkbox"/> Atripla® (efavirenz+tenofovir+FTC)		<input type="checkbox"/> Sustiva® (efavirenz)	
<input type="checkbox"/> Celsentri® (maraviroc)		<input type="checkbox"/> Telzir® (fosamprenavir)	
<input type="checkbox"/> Combivir® (AZT+3TC)		<input type="checkbox"/> Trizivir® (AZT+3TC+abacavir)	
<input type="checkbox"/> Crixivan® (indinavir)		<input type="checkbox"/> Truvada® (tenofovir+ FTC)	
<input type="checkbox"/> Emtriva® (emtricitabina, FTC)		<input type="checkbox"/> Videx® (didanosina, ddl)	
<input type="checkbox"/> Epivir® (lamivudina, 3TC)		<input type="checkbox"/> Viracept® (nelfinavir)	
<input type="checkbox"/> Fuzeon® (T-20, enfuvirtida)		<input type="checkbox"/> Viramune® (nevirapina)	
<input type="checkbox"/> Intelence® (etravirina)		<input type="checkbox"/> Viread® (tenofovir)	
<input type="checkbox"/> Invirase® (saquinavir)		<input type="checkbox"/> Zerit® (estavadina, d4T)	
<input type="checkbox"/> Isentress® (raltegravir)		<input type="checkbox"/> Ziagen® (abacavir)	
<input type="checkbox"/> Kaletra® (lopinavir+ritonavir)		<input type="checkbox"/> Zidovudina genérico	
<input type="checkbox"/> Kivexa® (abacavir+3TC)			
<input type="checkbox"/> Norvir® (ritonavir)		Medicamentos para el tratamiento de la adicción a opiáceos	
<input type="checkbox"/> Prezista® (darunavir)		<input type="checkbox"/> Suboxone® (contiene buprenorfina y naloxona)	
<input type="checkbox"/> Retrovir® (zidovudina, AZT)		<input type="checkbox"/> Metadona	

Nombre de la organización:

Dirección:

Provincia:

Código postal:

Persona de contacto:

Tel.:

E-mail:

¿En tus consultas te han solicitado información sobre otros medicamentos, como los indicados para las infecciones oportunistas?
De ser así, por favor indicanos cuál/es:

Una vez completado, puedes mandar este formulario:

• Por correo postal: gTt-VIH, Sardenya 259 3º 1ª 08013 Barcelona • Por FAX: 93 207 00 63 • Por E-mail: info@gtt-vih.org