

CIBMTR Center Number:

CIBMTR Recipient ID:

Therapy Given?	Date Started			Daily Dose	Reason Started	Therapy Stopped?	Date Stopped		
Didanosine (ddI, Videx, Videx EC)	Month	Day	Year	mg	Code		Month	Day	Year
38. First course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	39. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	40. <input type="text"/>	41. <input type="text"/>	42. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	43. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44. Second course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	45. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	46. <input type="text"/>	47. <input type="text"/>	48. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	49. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50. Third course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	51. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	52. <input type="text"/>	53. <input type="text"/>	54. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	55. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Efavirenz (Sustiva)									
56. First course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	57. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	58. <input type="text"/>	59. <input type="text"/>	60. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	61. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
62. Second course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	63. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	64. <input type="text"/>	65. <input type="text"/>	66. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	67. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
68. Third course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	69. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	70. <input type="text"/>	71. <input type="text"/>	72. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	73. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Emtricitabine (Emtriva)									
74. First course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	75. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	76. <input type="text"/>	77. <input type="text"/>	78. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	79. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
80. Second course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	81. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	82. <input type="text"/>	83. <input type="text"/>	84. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	85. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
86. Third course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	87. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	88. <input type="text"/>	89. <input type="text"/>	90. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	91. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fosamprenavir (Lexiva)									
92. First course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	93. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	94. <input type="text"/>	95. <input type="text"/>	96. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	97. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
98. Second course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	99. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100. <input type="text"/>	101. <input type="text"/>	102. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	103. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
104. Third course 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	105. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	106. <input type="text"/>	107. <input type="text"/>	108. 1 <input type="checkbox"/> yes → 2 <input type="checkbox"/> no	109. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CIBMTR Center Number:

CIBMTR Recipient ID:

Therapy Given?	Date Started			Daily Dose	Reason Started	Therapy Stopped?	Date Stopped							
Idinavir (Crixivan)	Month	Day	Year	mg	Code		Month	Day	Year					
110. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	111.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	112.	<input type="text"/>	113.	<input type="checkbox"/>	114.	1 <input type="checkbox"/> yes →	115.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

116. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	117.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	118.	<input type="text"/>	119.	<input type="checkbox"/>	120.	1 <input type="checkbox"/> yes →	121.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

122. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	123.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	124.	<input type="text"/>	125.	<input type="checkbox"/>	126.	1 <input type="checkbox"/> yes →	127.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Lamivudine (Epivir, Epzicom, 3TC)

128. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	129.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	130.	<input type="text"/>	131.	<input type="checkbox"/>	132.	1 <input type="checkbox"/> yes →	133.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

134. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	135.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	136.	<input type="text"/>	137.	<input type="checkbox"/>	138.	1 <input type="checkbox"/> yes →	139.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

140. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	141.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	142.	<input type="text"/>	143.	<input type="checkbox"/>	144.	1 <input type="checkbox"/> yes →	145.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)

146. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	147.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	148.	<input type="text"/>	149.	<input type="checkbox"/>	150.	1 <input type="checkbox"/> yes →	151.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

152. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	153.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	154.	<input type="text"/>	155.	<input type="checkbox"/>	156.	1 <input type="checkbox"/> yes →	157.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

158. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	159.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	160.	<input type="text"/>	161.	<input type="checkbox"/>	162.	1 <input type="checkbox"/> yes →	163.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Nelfinavir (Viracept)

164. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	165.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	166.	<input type="text"/>	167.	<input type="checkbox"/>	168.	1 <input type="checkbox"/> yes →	169.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

170. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	171.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	172.	<input type="text"/>	173.	<input type="checkbox"/>	174.	1 <input type="checkbox"/> yes →	175.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

176. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	177.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	178.	<input type="text"/>	179.	<input type="checkbox"/>	180.	1 <input type="checkbox"/> yes →	181.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

CIBMTR Center Number:

CIBMTR Recipient ID:

Therapy Given?	Date Started			Daily Dose	Reason Started	Therapy Stopped?	Date Stopped							
Nevirapine (Viramune)	Month	Day	Year	mg	Code		Month	Day	Year					
182. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	183.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	184.	<input type="text"/>	185.	<input type="checkbox"/>	186.	1 <input type="checkbox"/> yes →	187.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

188. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	189.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	190.	<input type="text"/>	191.	<input type="checkbox"/>	192.	1 <input type="checkbox"/> yes →	193.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

194. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	195.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	196.	<input type="text"/>	197.	<input type="checkbox"/>	198.	1 <input type="checkbox"/> yes →	199.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Ritonavir (Norvir)

200. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	201.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	202.	<input type="text"/>	203.	<input type="checkbox"/>	204.	1 <input type="checkbox"/> yes →	205.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

206. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	207.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	208.	<input type="text"/>	209.	<input type="checkbox"/>	210.	1 <input type="checkbox"/> yes →	211.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

212. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	213.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	214.	<input type="text"/>	215.	<input type="checkbox"/>	216.	1 <input type="checkbox"/> yes →	217.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Saquinavir (Fortovase, Invirase)

218. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	219.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	220.	<input type="text"/>	221.	<input type="checkbox"/>	222.	1 <input type="checkbox"/> yes →	223.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

224. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	225.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	226.	<input type="text"/>	227.	<input type="checkbox"/>	228.	1 <input type="checkbox"/> yes →	229.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

230. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	231.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	232.	<input type="text"/>	233.	<input type="checkbox"/>	234.	1 <input type="checkbox"/> yes →	235.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

Stavudine (Zerit, Zerti XR, d4t)

236. First course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	237.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	238.	<input type="text"/>	239.	<input type="checkbox"/>	240.	1 <input type="checkbox"/> yes →	241.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

242. Second course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	243.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	244.	<input type="text"/>	245.	<input type="checkbox"/>	246.	1 <input type="checkbox"/> yes →	247.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

248. Third course														
1 <input type="checkbox"/> yes →	249.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	250.	<input type="text"/>	251.	<input type="checkbox"/>	252.	1 <input type="checkbox"/> yes →	253.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no									2 <input type="checkbox"/> no					

CIBMTR Center Number:

CIBMTR Recipient ID:

Therapy Given?		Date Started			Daily Dose	Reason Started	Therapy Stopped?	Date Stopped							
Tenofovir (Truvada, Viread)		Month	Day	Year	mg	Code		Month	Day	Year					
254. First course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	255.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	256.	<input type="text"/>	257.	<input type="text"/>	258.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	259.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
260. Second course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	261.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	262.	<input type="text"/>	263.	<input type="text"/>	264.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	265.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
266. Third course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	267.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	268.	<input type="text"/>	269.	<input type="text"/>	270.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	271.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					

Zidovudine (Combivir, Retrovir, Trizivir, AZT)

272. First course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	273.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	274.	<input type="text"/>	275.	<input type="text"/>	276.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	277.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
278. Second course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	279.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	280.	<input type="text"/>	281.	<input type="text"/>	282.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	283.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
284. Third course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	285.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	286.	<input type="text"/>	287.	<input type="text"/>	288.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	289.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					

Other anti-retroviral therapy

290. Specify other antiviral therapy given: _____

291. First course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	292.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	293.	<input type="text"/>	294.	<input type="text"/>	295.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	296.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
297. Second course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	298.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	299.	<input type="text"/>	300.	<input type="text"/>	301.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	302.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					
303. Third course															
1 <input type="checkbox"/> yes	→	304.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	305.	<input type="text"/>	306.	<input type="text"/>	307.	1 <input type="checkbox"/> yes	→	308.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/> no										2 <input type="checkbox"/> no					

Anti-retroviral Therapy Started Codes

1 Prophylaxis 2 Empiric therapy due to suspected infection 3 Documented infection 4 Planned post-HSCT therapy

CIBMTR Center Number:

CIBMTR Recipient ID:

309. For 100-day follow-up only: Did the recipient cease all anti-retroviral therapy from the start of the preparative regimen through the first 30 days post-HSCT?

- 1 yes
2 no

Serological Evidence of HIV Exposure / Infection

Provide all documented CD4 cell counts obtained since the date of the last report:

	Month	Day	Year			Specify exponent:
310. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	311. CD4 counts:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 <input type="text"/> <input type="text"/>
312. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	313. CD4 counts:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 <input type="text"/> <input type="text"/>
314. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	315. CD4 counts:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 <input type="text"/> <input type="text"/>

Provide all documented HIV viral load levels obtained since the date of the last report:

	Month	Day	Year			Specify units:
316. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	317. HIV viral load level:	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> copies/mL 2 <input type="checkbox"/> log ₁₀ /mL
318. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	319. HIV viral load level:	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> copies/mL 2 <input type="checkbox"/> log ₁₀ /mL
320. Date:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	321. HIV viral load level:	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> copies/mL 2 <input type="checkbox"/> log ₁₀ /mL

322. Signed: _____
Person completing form

Please print name: _____

Phone: (_____) _____

Fax: (_____) _____

E-mail address: _____