Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – Hôpital Civil
Plateau Technique de Microbiologie

1 Rue Koeberlé
67000 STRASBOURG

Laboratoire de Virologie *(UF 3441)*

Tél. accueil : 03 69 55 03 33 - HUS : 50 333
Fax : 03 69 55 16 98

Chef de Service : S. Fafi-Kremer
***Biologistes référents**: P. Gantner (Tél. 03 69 55 16 32), S. Fafi-Kremer (Tél. 03 69 55 14 38), F. Gallais (Tél. 03 69 55 15 48)*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
TEST DE RESISTANCE DU VIH-1 AUX ANTIRETROVIRAUX ET TROPISME

PATIENT	*PRESCRIPTEUR*
NOM :	Nom
Prénom :	*PRELEVEUR*
Né(e) le :	Nom, prénom et qualité

Aucune analyse ne sera effectuée sans ces renseignements

Date du prélèvement : **Heure de prélèvement :**

1 **Choix du test**

ou

☐ **Génotypage sur ARN VIH-1 (plasma, LCR…)** - **1 tube EDTA 8mL – délai d'acheminement < 4 h** - ***OU* 3 mL de plasma EDTA congelé**	☐ **Génotypage sur ADN VIH-1** (sang total, PBMCs) - **1 tube EDTA 8mL – délai d'acheminement < 4 h** - ***OU* 2 mL de sang total EDTA congelé**
Contexte clinique et thérapeutique : ☐ **Naïf : Primo-infection ou infection récente (<6 mois)** ☐ **Naïf : Infection chronique (>6 mois)** ☐ **Echec thérapeutique →** Préciser impérativement le traitement en cours dans la case ci-dessous prévue à cet effet ☐ **Interruption de traitement →** Préciser la durée de l'interruption : _____ ☐ **Femme enceinte** ☐ **Autre motif →** Préciser	Contexte clinique et thérapeutique : ☐ **Personne en succès virologique sous traitement mais historique génotypique antérieur absent ou incomplet** ☐ **Femme enceinte** ☐ **Autre motif →** Préciser

2 **Choix des cibles**

☐ **Protéase + Transcriptase inverse + Intégrase**
☐ **Enveloppe [gp120] (tropisme et inhibiteurs d'enveloppe) →** Justifier demande
☐ **Capside [p24] (inhibiteurs de capside) →** Justifier demande

Justification :

Derniers résultats :

CD4 /mm3 :
Charge virale ARN VIH-1 (copies/mL) :

Traitement antirétroviral actuel : **Préciser le nombre de prises par jour pour chaque molécule**	**Durées ou dates**