



ETIQUETTE PATIENT IPP

IPP:

NOM:

PRENOM:

DDN:

SEXE:

ETIQUETTE SERVICE UH

ETIQUETTE MEDECIN

code APH

ou NOM / Prénom:

Merci de cocher les cases : ☐ ou ☒ au stylo bille noir ou bleu

PXO-EN-040 v5

Date de
prélèvementHeure de
prélèvement

J

J

M

M

A

A

H

H

M

M

Téléphone du
serviceTéléphone du
médecin

Préleveur

VIROLOGIE : RECHERCHE DE MUTATIONS DE RESISTANCE DU VIH-1

Prélèvement : 1 tube EDTA de 7 mL (bouchon violet)

☐ PLASMA☐ ADN (Sang total)☐ LCR

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Grossesse☐ Découverte /Naïf(ve) de traitement☐ Primo-infection (séroconversion récente)☐ Autre à préciser :☐ Génotype avant 1^{ère} ligne☐ Echappement 1^{ère} ligne☐ Echappement 2^{ème} à 5^{ème} ligne☐ Echappement 2^{ème} ligne☐ Echappement > 5 lignes

PROTOCOLE :

☐ NON☐ OUI à préciser :

Rechercher la résistance sur la transcriptase inverse, la protéase et l'intégrase :

☐ oui☐ non

Souhaitez-vous déterminer le tropisme ? :

☐ oui☐ non

RENSEIGNEMENTS

Traitement anti-VIH actuel : depuis le :

Traitement précédent : du : au :

Fenêtre thérapeutique : au :

Dernier suivi pharmacologique le : / /

Dernière charge virale : résultat date :

Dernière valeur CD4 : résultat date :

Intolérance sévère au :

Co-infection active : ☐ VHC ☐ VHB

Remarques :

HISTORIQUE DE L'ENSEMBLE DES TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX RECUS PAR LE PATIENT :

☐ AZT (RETROVIR®) ou D4T (ZERIT®)☐ 3TC ou FTC (EPIVIR®/COVIRACIL®)☐ ABC ± 3TC (ZIAGEN®/KIVEXA®)☐ AZT/3TC/ABC (TRIZIVIR®)☐ TDF ± FTC (VIREAD® /TRUVADA®)☐ TDF/FTC/EFV (ATRIPLA®)☐ TDF-TAF/FTC/RPV (EVIPLERA®-ODEFSEY®)☐ TDF/3TC/DOR (DELSTRIGO®)☐ TDF-TAF/FTC/COB/EVG (STRIBILD®- GENVOYA®)☐ TAF/FTC/BIC (BIKTARVY®)☐ ABC/3TC/DTG (TRIUMEQ®)☐ Saquinavir (INVIRASE®)☐ Indinavir (CRIXIVAN®)☐ Nelfinavir (VIRACEPT®)☐ (Fos)Amprénavir (TELZIR®,AGENERASE®)☐ Lopinavir/r (KALETRA®)☐ Atazanavir (REYATAZ®)☐ Tipranavir (APTIVUS®)☐ Darunavir (PREZISTA®)☐ Lenacapavir (SUNLENCA®)☐ Autre(s) :☐ Névirapine (VIRAMUNE®)☐ Efavirenz (SUSTIVA®)☐ Etravirine (INTELENCE®)☐ Rilpivirine (EDURANT®)☐ Doravirine (PIFELTRO®)☐ Raltégravir (ISENRESS®)☐ Dolutégravir/3TC (TIVICAY,DOVATO®)☐ Cabotegravir (VOCABRIA®)☐ Maraviroc (CELESENTRI®)☐ Fostemsavir

Cadre réservé au laboratoire

Tube(s) jaune(s) :

Tube(s) violet(s) :

Virocult :

Milieu(x) de transport :

Autre(s) :

Cadre réservé au laboratoire

- ☐ Discordance écht/prescription
- ☐ Echantillon non identifié
- ☐ Contenant non adapté
- ☐ Echantillon arrivé accidenté
- ☐ Echantillon manquant
- ☐ Tube ou flacon vide

- ☐ Conditions non respectées
- ☐ Délai acheminement dépassé
- ☐ Nature échantillon non précisée
- ☐ Discordance nature échantillon/presc.
- ☐ Nombre échantillon insuffisant
- ☐ Tube mal rempli

- ☐ Prescription non identifiée
- ☐ Analyse absente ou illisible
- ☐ Feuille non adaptée
- ☐ UH/Demandeur absent ou illisible
- ☐ Autre

☐ N.C. Critique NC. non Critique : ☐ ACH ☐ ECH ☐ ID ☐ PRESC ☐ ABS. PRESCRIPTEUR ☐ ABS. PRELEVEUR

Contrôle de conformité par :

VIROLOGIE : RECHERCHE DE MUTATIONS DE RESISTANCE DES HERPESVIRUS

Virus : ☐ CMV ☐ HSV-1 ☐ HSV-2 ☐ VZV

Prélèvements

- ☐ Sang (1 tube EDTA de 7 mL) ☐ Cutanéomuqueux (UTM Copan®) : ☐ Liquide :
☐ LCR (tube stérile) ☐ LBA : ☐ Urine : ☐ Autre :

Immunodépression

- ☐ Aucune ☐ VIH ☐ Greffe ☐ Autre :
☐ Cellules souches hématopoïétiques ☐ Rein ☐ Foie ☐ Coeur ☐ Autre :

Traitements immunosuppresseurs :

Statut sérologique CMV Donneur/Receveur : ☐ D-/R- ☐ D-/R+ ☐ D+/R- ☐ D+/R+

HISTORIQUE DE L'ENSEMBLE DES TRAITEMENTS ANTIVIRAUX RECUS PAR LE PATIENT :

- | | | | |
|--|---------------|---|---------------|
| ☐ Ganciclovir (CYMEVAN®) | Dates : | ☐ Aciclovir (ZOVIRAX®) | Dates : |
| ☐ Valganciclovir (ROVALCYTE®) | Dates : | ☐ Valaciclovir (ZELITREX®) | Dates : |
| ☐ Foscarnet (FOSCAVIR®) | Dates : | ☐ Famciclovir (ORAVIR®) | Dates : |
| ☐ Cidofovir (VISTIDE®) | Dates : | ☐ Aménamévir (ASP2151) | Dates : |
| ☐ Brincidofovir | Dates : | ☐ Pritévir (AIC316) | Dates : |
| ☐ Létérmovir (PREVYMIS®) | Dates : | ☐ Valomaciclovir (EPB-348) | Dates : |
| ☐ Maribavir | Dates : | ☐ Cyclopropavir (MBX-400) | Dates : |
| ☐ Autre(s) : | | | |

VIROLOGIE : RECHERCHE DE MUTATIONS DE RESISTANCE DU VHC

Prélèvement : 1 tube EDTA de 7 mL (bouchon violet)

☐ VHC : Cette recherche sera adaptée en fonction des traitements reçus et effectuée uniquement si ceux-ci sont précisés.

Renseignements :

- Génotype VHC avant le traitement :
- Traitement(s) précédent(s) : du au
du au

- | | |
|---|--|
| ☐ Peg-interféron/Ribavirine | ☐ Glécaprévir/Pibrentasvir (MAVIRET®) |
| ☐ Lédipasvir/Sofosbuvir (HARVONI®) | ☐ Velpatasvir/Sofosbuvir (EPCLUSA®) |
| ☐ Ombitasvir/Paritaprévir/Ritonavir ± Dasabuvir (VIEKIRAX® ± EXVIERA®) | ☐ Voxilaprévir/Velpatasvir/Sofosbuvir (VOSEVI®) |
| ☐ Grazoprévir/Elbasvir (ZEPATIER®) | |

☐ Autre(s) :