
 <p>Hôpitaux Universitaires Genève</p> <p>DMGLP / Service de Médecine de Laboratoire Centre d'accueil des prélèvements (CAP) Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1 4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14</p> <p>Laboratoire de virologie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">VIRO - Résistance HIV</div> <p>http://www.hug.ch/feuilles-de-demande</p> <p>Responsable du laboratoire : Prof. Laurent KAISER Biologiste répondante: Mme Sabine YERLY-FERRILO Tél direct / e-mail : (022 37) 24 098 / mailto:Sabine.Yerly@hcuge.ch Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 24 980 / (022 37) 21 835 Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800</p>	 <p>M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> (SVP: en caractères d'imprimerie)</p> <p>Nom : Nom de jeune fille :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : / /</p> <p>Représentant légal si patient mineur : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère</p> <p>Nom/prénom :</p> <p>Rue/N°:</p> <p>Localité, No postal :</p> <p>Unité d'hospitalisation : Médecin :</p> <p>N° EdS :</p> <p>Adresse pour facturation: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Assurance Nature du cas : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maternité N° AVS (AI obligatoire) :</p> <p>Assurance : N° Assuré :</p>
<p>Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :</p> <p>Médecins en copie (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax : <i>Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :</i></p>	<p>Identification laboratoire :</p>
<p>Prélèvement du : Heure :</p> <p>Renseignements obligatoires (diagnostic et/ou traitement etc.) :</p>	
<p><input type="checkbox"/> Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination inférieure à 6 mois, si oui préciser</p>	

Demande d'analyse : Résistance génotypique du VIH-1 aux antirétroviraux

Matériel nécessaire : Sang EDTA de 6 ml ou 1 ml plasma

DONNEES A REMPLIR

➤ **Recherche de résistance aux :**

- Inhibiteurs reverse transcriptase/protease
- Inhibiteurs de l'intégrase
- Inhibiteur de fusion

➤ **Tropisme CCR5/CXCR4 (Maraviroc)**

➤ Participation à l'étude de Cohorte non oui

➤ Virémie actuelle : copies/ml _____ ou dernière virémie connue : _____ Date : _____

➤ **Indications pour demande de test de résistance :**

- Primo infection/Nouveau diagnostique
- Echec virologique
- Autre _____

➤ **Traitement actuel :**

- Sans traitement

PIs

- Crixivan (indinavir)
- Invirase (saquinavir)
- Lexiva Telzir (fosamprenavir)
- Kaletra (lopinavir/r)
- Reyataz (atazanavir)
- Aptivus (tipranavir)
- Prezista (darunavir)

NRTIs

- Retrovir (zidovudine, AZT)
- Epivir (lamivudine, 3TC)
- Emtriva (emtricitabine, FTC)
- Zerit (stavudine, d4T)
- Videx (didanosine, DDI)
- Viread (tenofovir, TDF)
- Ziagen (abacavir, ABC)
- Combivir (3TC + AZT)
- Truvada (FTC + TDF)
- Trizivir (ABC+ 3TC + AZT)

NNRTIs

- Stocrin (efavirenz)
- Viramune (nevirapine)
- etravirine
- rilpivirine
- Inhibiteurs de fusion**
- Fuzeon (enfuvirtide, T20)
- Inhibiteurs d'intégration**
- Isentress (raltegravir)
- evitegravir
- dolutegravir
- Inhibiteurs de CCR5**
- Celsentri (maraviroc)
- Autre _____