



Hôpitaux
Universitaires
Genève



DIAGNOSTIQUE / 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

Laboratoire de virologie

VIRO - Résistance HIV

<http://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

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

M. Mme (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom :
Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Représentant légal si patient mineur : père mère

Nom/prénom :

Rue/N°:

Localité, No postal :

Unité d'hospitalisation : Médecin :

N° EdS :

Adresse pour facturation: Patient Demandeur Assurance

Nature du cas : Maladie AI Accident Maternité

N° AVS (AI obligatoire) :

Assurance : N° Assuré :

Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Identification laboratoire :

Médecins en copie (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax : *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Prélèvement du : Heure :
Renseignements obligatoires (diagnostic et/ou traitement etc.) :

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

Vaccination inférieure à 6 mois, si oui préciser

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)
- eviltegravir
- dolutegravir

Inhibiteurs de CCR5

- Celsentri (maraviroc)
- Autre** _____