Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

DÉPARTEMENT DE MEDECINE DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE ET DE MÉDECINE DE LABORATOIRE

GENOTYPISCHE RESISTENZ DES HIV1 UND PLASMASPIEGEL DER ANTI-RETROVIRALEN MEDIKAMENTE

Service d'immunologie et d'allergie (IAL)
Laboratoire de diagnostic BH19-652 – N° d'accréditation STS 242
1011 LAUSANNE
www.immunologyresearch.ch - www.chuv.ch/dml
Réception des échantillons : lu au ve 7h30 - 17h00
Tél. 021 / 31 40 805 - FAX 021 / 31 40 801 - PP 539

Service des maladies infectieuses (MIN)

Division de pharmacologie clinique (PCL)
Contact : Labo: 021/314 42 71 Taux des médicaments: 021/314 42 98
E-mail: Aurelie.Fayet@chuv.ch

PATIENT

Name: ……
Vorname: ……
Geschlecht: ……
Vollständiges Geburtsdatum: ……
Adresse des Patienten: ……
……
PLZ / Ort: ……
……
Ihre Referenz: ……
Rechnung an: ☐ Patienten ☐ Auftraggeber

Etiquette code barres pour le CHUV

Kopie (n) der Ergebnisse an:
Arzt Name: ……
Adresse: ……
Bip / Tel: ……

Auftraggeber:
Arzt Name:
Adresse:
Bip / Tel:

GENOTYPISCHE RESISTENZ DES HIV1

☐ **REVERSE TRANSKRIPTASE und PROTEASE**

5 ml Blut **EDTA-K** oder gefrorenes Plasma EDTA-K

UNERLÄSSLICHE ANGABEN

ENTNAHMEDATUM : **Datum**: | | | | | | | | | **Zeit**: | | | |

Anti-retrovirale Behandlung: Bitte alle Medikamente auf der Rückseite angeben, die der Patient je bekommen hat und genaue Dosierung für die zu bestimmenden Substanzen.

IMMUNOLOGISCHE, VIROLOGISCHE UND PHARMAKOLOGISCHE ANGABEN

Werte dieser Entnahme von CD4		Zell/mm3	Entnahmedatum.	
Werte dieser Entnahme von Virämie		Kopien/ml	Entnahmedatum.	

Angabe aller anderen derzeitig eingenommenen Medikamente……

……

Zeichen einer Medikamententoxizität:
……

N° cohorte SHCS_ID

Teilnahme des Patienten an der Schweizerischen HIV Kohortensudie : ☐ ja ☐ nein

INDIKATION:

☐ Neu diagnostizierte Infektion/Primoinfektion oder frische Ansteckung
☐ Neu diagnostizierte Infektion/ältere Ansteckung
☐ Verdacht auf Übertragung eines resistenten Virus (vor Therapiebeginn)
☐ Therapieversagen, vorgesehene Therapie Umstellung
☐ PEP - indexpatient
☐ Schwangerschaft
☐ Kind mit perinataler Infektion
☐ Zweifel an die Compliance
☐ Verdacht auf übermässigen Plasmaspiegel
☐ Verdacht auf ungenügenden Plasamspiegel

Transmis en pharmacologie le : …… Visa : ……
(à remplir par le laboratoire)

N° LID/CHUV

verso ➔

☐ PLASMASPIEGEL DER ANTI-RETROVIRALEN MEDIKAMENTE

Bedingung: unveränderte Behandlung seit mindestens 1 Woche

5 ml Blut **EDTA-K** oder gefrorenes plasma EDTA-K

PCL

UNERLÄSSLICHE ANGABEN

ENTNAHMEDATUM: **Datum**: **Zeit**:

Ersuchen um eine klinische Erläuterung der Befunde: ☐ ja (normale Leistung) ☐ nein

NRTIs

	Früher	Aktuell
Retrovir® (zidovudine)	☐	☐
3TC® (lamivudine)	☐	☐
Zerit® (stavudine)	☐	☐
Videx® (didanosine)	☐	☐
Ziagen® (abacavir)	☐	☐
Viread® (tenofovir)	☐	☐
Emtriva® (emtricitabine)	☐	☐
Combivir® (AZT+3TC)	☐	☐
Trizivir® (AZT+3TC+ABC)	☐	☐
Kivexa® (ABC+3TC)	☐	☐
Truvada® (FTC+TDF)	☐	☐
Andere angeben :		
……	☐	☐

INHIB. FUSION

Fuzéon® (enfuvirtide)	☐	☐
Andere angeben :		
.....	☐	☐

POSOLOGIE : **DATE et HEURE *RÉELLE* de la DERNIÈRE PRISE :**

PIs

	Früher	Actuell						
Invirase® (saquinavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Norvir® (ritonavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Viracept® (nelfinavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Crixivan® (indinavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Agenerase® (amprenavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Telzir® (fosamprenavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Kaletra® (lopinavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Reyataz® (atazanavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Aptivus® (tipranavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Prezista® (darunavir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
.....	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:

NNRTIs

Stocrin® (efavirenz)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Viramune® (nevirapine)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
Intelence® (etravirine)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
.....	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:

ANTAG. CCR5

Celsentri® (maraviroc)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
.....	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:

INIs

Isentress® (raltegravir)	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit:
.....	☐	☐		mg		x/j	Datum:	Zeit: