

GENOTYPISCHE RESISTENZ DES HIV1 UND PLASMASPIEGEL DER ANTI-RETROVIRALEN MEDIKAMENTE

<p>Service d'immunologie et d'allergie (IAL) Réception des laboratoires BH/18/100 – N° d'accréditation STS 242 1011 LAUSANNE www.immunologyresearch.ch - www.chuv.ch/dpml Ouverture du laboratoire : lundi - vendredi 08h00 - 17h00 Tél. 021 / 31 40 805 - FAX 021 / 31 40 801 - PP 439</p> <hr/> <p>Service des maladies infectieuses (MIN)</p> <hr/> <p>Division de pharmacologie clinique (PCL) Contact : Labo: 021/314 42 71 Taux des médicaments: 079/556 32 70 E-mail: Manel.Aouri@chuv.ch</p>	<p><u>PATIENT</u></p> <p>Name: Vorname: Geschlecht: Vollständiges Geburtsdatum: Adresse des Patienten: PLZ / Ort: Ihre Referenz: Rechnung an: <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Auftraggeber</p>	Etiquette code barres pour le CHUV
<p>Kopie (n) der Ergebnisse an: Arzt Name: Adresse: Bip / Tel:</p>	<p>Auftraggeber: Arzt Name: Adresse: Bip / Tel:</p>	

GENOTYPISCHE RESISTENZ DES HIV1
 REVERSE TRANSKRIPTASE, PROTEASE und INTEGRASE

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/mm ³	Entnahmedatum.						
-------------------------------	--	----------------------	----------------	--	--	--	--	--	--

Werte dieser Entnahme von Virämie		Kopien/ml	Entnahmedatum.						
-----------------------------------	--	-----------	----------------	--	--	--	--	--	--

Angabe aller anderen derzeit 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 Plasmaspiegel

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

N° LID/CHUV

PLASMASPIEGEL DER ANTI-RETROVIRALEN MEDIKAMENTE
Bedingung: unveränderte Behandlung seit mindestens 1 Woche

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

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 :

DOSIS :
DATUM und ZEIT der LETZEN EINNAHME :
Pis

Früher Aktuell

 Inivrase®
(saquinavir)

 Norvir®
(ritonavir)

 Viracept®
(nelfinavir)

 Crixivan®
(indinavir)

 Agenerase®
(amprenavir)

 Telzir®
(fosamprenavir)

 Kaletra®
(lopinavir)

 Reyataz®
(atazanavir)

 Aptivus®
(tipranavir)

 Prezista®
(darunavir)

NNRTIs

 Stocrin®
(efavirenz)

 Viramune®
(nevirapine)

 Intelence®
(etravirine)

ANTAG. CCR5

 Celsentri®
(maraviroc)

INIs

 Isentress®
(raltegravir)

