

***Coordonnées du Clinicien / Biologiste***

**A JOINDRE IMPERATIVEMENT A TOUTE DEMANDE**

**Laboratoire de Virologie**

**Secteur Génotypage VIH**

***Secrétariat :***

Tél : 03.80.29.33.01

Fax : 03.80.29.57.17

*ptb.secretariat.microbiologie@chu-dijon.fr*

***Techniciennes***

**Mme Hélène GIRAUDON**

**Mme Valérie LAURENT**

**Mme Michèle VILLAUME**

Tél : 03.80.29.56.99

***Date de prélèvement :*** …./…../ 20…..  ; **Envoyé le** …./…../ 20…..

**Nature *:*** Sang total/EDTA 🞎 Plasma🞎 Autre🞎………………………..

***Biologiste***

**Dr Ali SI-MOHAMMED**

Tél : 03.80.29.56.98

[***ali.si-mohammed@chu-dijon.fr***](mailto:ali.si-mohammed@chu-dijon.fr)

**Résultat de la charge virale ARN plasmatique *:*** ….…..………………..Cp/mL

F-21070 DIJON CEDEX

Tél : 03 80 29 56 77

Fax : 03 80 29 56 90

***Étiquette patient***

**Indications cliniques**

Primo-infection  🞎 Infection récente (<1 an) 🞎 Découverte récente 🞎

Nouveau-né 🞎 Femme enceinte 🞎 Naïf au traitement 🞎

**Echec thérapeutique**

1ère intention 🞎 2ème / 3ème intention 🞎 ≥4ème intention 🞎

[[1]](#endnote-1)

**🞎** Génotype **ARN** **🞎** Génotype **ADN\***

🞎 Séquençage de la RT & Protéase

🞎 Séquençage de l’intégrase

🞎 Autre (précisez) ……………………………………………………………………………………………………….

*\* Pour le génotype* ***ADN****, 2 tubes EDTA non décantés (à conserver à +4°C, si envoi différé)*

**Test (s)**

**demandé (s)**

**Données thérapeutiques**

Traitement ARV actuel (précisez) : …………………………………………………………………………………

**Antériorités** :

**NRTI** : AZT🞎 d4T🞎 3TC/FTC🞎 ddI🞎 ABC🞎 TDF/TAF🞎

**NNRTI** : EFV🞎 NVP🞎 RPV🞎 ETR🞎 DOR🞎

**IP** : IDV🞎 SQV🞎 NFV🞎 LPV🞎 FPV🞎 ATV🞎 TPV🞎 DRV🞎

**INI** : RAL🞎 EVG🞎 DTG🞎 CBG🞎 BIC🞎

Autres (Précisez) : ………………………………………………………………………………………………………..

1. [↑](#endnote-ref-1)