# FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

# TEST GÉNOTYPIQUE DE RESISTANCE DU VIH-1

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

## LABORATOIRE PRELEVEUR

N° Client: |__|__|__|__|__| C /|__|

Cachet obligatoire

## PRELEVEMENT

**Date de prélèvement** |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

## PATIENT(E)

NOM .....
PRÉNOM .....
Nom de naissance .....
Adresse .....
CP ..... Ville .....
Date de naissance |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
N° sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

## PRESCRIPTEUR

NOM .....
PRÉNOM .....
Adresse .....
CP ..... Ville .....
Tél. |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Fax |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Adresse e-mail : .....

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

### Informations immuno-virologiques :

**Niveau de la charge virale la plus récente :** ..... copies/mL ; ou ..... log copies/mL
*OBLIGATOIRE, datant <1mois, en cas d'absence d'information ici ou sur relance, elle sera réalisée et facturée*

Nombre de CD4 : ..... / mm3

Indiquez si infection par un variant VIH rare : ☐ Non; ☐ VIH-O ; ☐ VIH-N ; ☐ VIH-P ; ☐ VIH-2
*CHU de Rouen* *CHU Bichat (Paris)*

### Indication et informations thérapeutiques :

☐ Primo-infection ou infection récente
☐ Echec virologique de première ligne
☐ Simplification thérapeutique
☐ Patient non traité, avant mise sous traitement
☐ Echec virologique après plusieurs lignes
☐ Patient en rupture de traitement

☐ Autre: .....

**Traitement actuel :**

Traitement(s) antérieur(s) si disponible(s) :

## TYPE DE GENOTYPAGE DE RESISTANCE DU VIH

### Matrice biologique *(une seule réponse possible)* :

☐ **Plasma** *(ARN – CV détectable)*
5 mL - Tube séparé pour cet examen.
Réalisable si CV>100 copies/mL

☐ **Leucocytes** *(ADN proviral – CV indétectable)*
5 mL – sang total ou culot globulaire EDTA
Réalisable si CV indétectable

☐ **LCR**
1 mL
Indiquer la CV du LCR

### Gènes viraux :

☐ **Résistance aux inhibiteurs de la protéase, transcriptase inverse et intégrase** *(NABM – code 0805)*

Sur justification uniquement : *(NABM – code 0806)*

☐ **Résistance au Fuzéon/enfuvirtide**

☐ **Tropisme viral et résistance aux anti-CCR5 (Celsentri/maraviroc)**

*Le Laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire, pour réaliser les examens, les interpréter, transmettre les résultats et pour la gestion administrative du laboratoire. Si vous êtes patient, vos données peuvent ensuite être réutilisées aux fins de leur anonymisation pour besoins de recherches scientifiques, contrôles qualité, études statistiques ou enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et les projets de recherche menés à partir de vos données, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglets « Données Personnelles » et « Projets de recherche ». Pour exercer vos droits d'opposition, contactez notre RPD à : rpd.cerba@lab-cerba.com / CERBA–RPD – Zac des Epinaux 10-12 Avenue Roland Moreno 95740 Frépillon. / Si vous êtes patient, conformément à la réglementation applicable, une fois vos examens réalisés, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Ils pourront néanmoins être conservés afin d'être réutilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande formulée auprès de notre RPD (cf. coordonnées ci-dessus).*