



Formulaire de demande de Génotype de résistance aux antirétroviraux

Ce document doit accompagner OBLIGATOIREMENT votre demande d'envoi de prélèvements afin d'assurer une interprétation biologique adéquate.
 Il est conseillé de garder une copie de ce document pour vos archives

Service de biologie médicale du centre hospitalier de Versailles (hôpital André Mignot),
 responsable Dr Maneglier
 Secteur Virologie, responsable **Dr Stéphanie MARQUE JUILLET**
 177 rue de Versailles, 78150 Le Chesnay
Tel: 01-39-63-88-13 (biologiste de jour)

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Médecin Prescripteur :

Date prélèvement : heure :

Demande de génotype sur ARN ADN proviral

Renseignement clinique à compléter

Date de découverte séropositivité..... Date primo-infection (si connue).....

Mode de contamination (facultatif).....

Origine géographique du patient.....

Stade clinique :

Motif de la demande :

Adhérence au traitement :

Dosage d'antirétroviral :

Traitements antirétroviraux antérieurs et en cours			Date	CD4	Charge virale
Nom	Date début	Date arrêt			

Prélèvement : 2 tubes EDTA de 7 ml
Les prélèvements doivent être adressés au laboratoire, du lundi au vendredi avant 14 heures. Transport à température ambiante rapide après le prélèvement (< 3 heures) ou plasma congelé en carboglace (pour génotype ARN uniquement).