



PÔLE BIOLOGIE MEDICALE
SERVICE DE VIROLOGIE & MYCOBACTERIOLOGIE

Pr Gérard Agius, PU-PH

TROPISME GENOTYPIQUE DU VIH-1

- ARN
 ADN

Nom du Prescripteur: _____

Date: __/__/__

Patient

- Identification patient (nom-prénom): _____
- Date de naissance: __/__/__
- Sexe: M F

SOUS-TYPE :	HIV ARN : copies/ml	CD4 : /mm3
Si traitement par MVC, date de début du traitement : / /		

La demande est-elle faite dans le contexte d'un échec au traitement par MVC ?

- oui
 non

Traitement par ARV en cours

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| AZT | <input type="checkbox"/> | 3TC/FTC | <input type="checkbox"/> | d4T | <input type="checkbox"/> | ddl | <input type="checkbox"/> |
| ddC | <input type="checkbox"/> | ABC | <input type="checkbox"/> | TDF | <input type="checkbox"/> | NVP | <input type="checkbox"/> |
| EFV | <input type="checkbox"/> | ETR | <input type="checkbox"/> | IDV | <input type="checkbox"/> | SQV | <input type="checkbox"/> |
| NFV | <input type="checkbox"/> | APV/fAPV | <input type="checkbox"/> | LPV | <input type="checkbox"/> | ATV | <input type="checkbox"/> |
| TPV | <input type="checkbox"/> | DRV | <input type="checkbox"/> | T20 | <input type="checkbox"/> | MVC | <input type="checkbox"/> |

Pour tout renseignement vous pouvez contacter :

Dr Geneviève GIRAUDEAU, PH
05 49 4(4 49 75)
g.giraudeau@chu-poitiers.fr

ou

Dr Agnès BEBY-DEFAUX, MCU-PH
05 49 4(4 38 15)
a.bebey-defaux@chu-poitiers.fr