



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR DEMANDE DE  
GENOTYPAGE DE RESISTANCE DU VIH-1 AUX ARV**

☛ A JOINDRE IMPERATIVEMENT A TOUTE DEMANDE

**Laboratoire de Virologie  
Secteur Génotypage VIH**

**Secrétariat :**

Mme Béatrice PAULIN

Mme Géraldine YOT

Tél : 03.80.29.33.01

Fax : 03.80.29.57.17

**Techniciennes**

Mme Hélène GIRAUDON

Mme Valérie LAURENT

Mme Michèle VILLAUME

Tél : 03.80.29.56.99

**Biologiste**

Dr Ali SI-MOHAMMED

Tél : 03.80.29.56.98

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

<i>Coordonnés du Clinicien / Biologiste</i>	<i>Étiquette patient</i>
<i>Date de prélèvement : .../.../ 20..... ; Envoyé le .../.../ 20.....</i> <i>Nature : Sang total/EDTA <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>.....</i>	

<b>Résultat de la charge virale ARN plasmatique</b> : .....Cp/mL			
<b>Indications clinique</b>	Primo-infection <input type="checkbox"/>	Infection récente (<1 an) <input type="checkbox"/>	Découverte récente <input type="checkbox"/>
	Nouveau-né <input type="checkbox"/>	Femme enceinte <input type="checkbox"/>	Naïf au traitement <input type="checkbox"/>
	<b>Echec thérapeutique</b>		
	1 <sup>ère</sup> intention <input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> / 3 <sup>ème</sup> intention <input type="checkbox"/>	≥4 <sup>ème</sup> intention <input type="checkbox"/>
<b>Données thérapeutique</b>	Traitement ARV actuel (précisez) : .....		
	<b>Antériorités :</b>		
	<b>NRTI :</b> AZT <input type="checkbox"/> d4T <input type="checkbox"/> 3TC/FTC <input type="checkbox"/> ddI <input type="checkbox"/> ABC <input type="checkbox"/> TDF/TAF <input type="checkbox"/>		
	<b>NNRTI :</b> EFV <input type="checkbox"/> NVP <input type="checkbox"/> RPV <input type="checkbox"/> ETR <input type="checkbox"/>		
	<b>IP :</b> IDV <input type="checkbox"/> SQV <input type="checkbox"/> NFV <input type="checkbox"/> LPV <input type="checkbox"/> FPV <input type="checkbox"/> ATV <input type="checkbox"/> TPV <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/>		
	<b>INI :</b> RAL <input type="checkbox"/> EVG <input type="checkbox"/> DTG <input type="checkbox"/> CBG <input type="checkbox"/>		
	Autres (Précisez) : .....		
<b>Test (s) demandé (s)</b>	<input type="checkbox"/> Génotype <b>ARN</b> <input type="checkbox"/> Génotype <b>ADN*</b>		
	<input type="checkbox"/> Séquençage de la RT & Protéase		
	<input type="checkbox"/> Séquençage de l'intégrase		
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) .....		
<i>* Pour le génotype <b>ADN</b>, 2 tubes EDTA non décantés (à conserver à +4°C, si envoi différé)</i>			