



Demande d'analyse rétrovirale

Demandeur

Médecin traitant:

Téléphone:

Adresse du demandeur:

Résultats via Fax

Copie des résultats à

Identification du Patient / Étiquette:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe: m / f _____

Adresse et no:

Code postal, Ville:

Traitement	<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> hospitalier	<input type="checkbox"/> partiellement hospitalier
Clinique	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Grossesse
à facturer au	<input type="checkbox"/> Demandeur	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Caisse-maladie / Assur.-invalidité

Caisse / Office AI:

Adresse:

Numéro d'asséc.patient:

Matériel du prélèvement:

Sérum Sang/plasma EDTA Liquor cerebrospinalis autres:

Date du prélèvement:

Heure du prélèvement:

Veuillez nous envoyer _____ nouvel emballage _____ formulaires personnalisés

Anamnèse, données cliniques - analyses demandées:

Veuillez marquer les tests désirés. Utilisez le formulaire spécial pour les tests pédiatriques, s.v.p.

Analyses VIH

A. VIH test de dépistage	Échantillon
<input type="checkbox"/> VIH-1/2 dépistage 5e génération (anticorps + antigène p24) <input type="checkbox"/> VIH -1 antigène p24 (sans dissociation)	Plasma EDTA ou sérum, 1 mL

B. VIH: Confirmation selon le concept de test VIH de l'OFSP	Échantillon
<input type="checkbox"/> Line Immunoassay VIH-1 & VIH-2 <input type="checkbox"/> ARN VIH, charge virale <input type="checkbox"/> VIH test de résistance (PR+RT) <input type="checkbox"/> VIH test de résistance (IN)	Sang EDTA 7-10 mL ou Plasma EDTA 2-3 mL

Veuillez nous indiquer les résultats préexistants, s.v.p.

VIH dépistage: positif indéterminé Signal/Cutoff Ratio = _____

VIH-1 ARN _____ copies/mL Test utilisé: Roche Abbott Cepheid GeneXpert autre test: _____

C. Résistance génotypique du VIH aux médicaments antirétroviraux & tropisme CCR5/CXCR4	à partir du plasma (standard)	à partir de cellules (provirus)
<input type="checkbox"/> VIH-1 PR+RT (= standard) <input type="checkbox"/> Nouvellement diagnostiqué <input type="checkbox"/> avant la 1 ^{ère} thérapie <input type="checkbox"/> changement de thérapie	Participation dans la SHCS <input type="checkbox"/> Oui --donnez le code SHCS au verso! <input type="checkbox"/> Non	Sang EDTA 7-10 mL ou Plasma EDTA 2-3 mL ou Liquor cerebrospinalis 1-2 mL
<input type="checkbox"/> VIH-1 IN intégrase (= standard)	Virémie <u>actuelle</u> _____ copies/mL le _____ (date)	
<input type="checkbox"/> VIH-1 Env/TM (inhibiteur de fusion)	Dernière virémie _____ copies/mL le _____ (date)	
<input type="checkbox"/> VIH-1 tropisme CCR5/CXCR4	Thérapie actuelle: <input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> NRTI <input type="checkbox"/> NNRTI <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> INSTI <input type="checkbox"/> antagoniste corécepteur <input type="checkbox"/> autres: _____	
<input type="checkbox"/> VIH-2 PR+RT*		

D. Charge virale (virémie)	Échantillon
<input type="checkbox"/> VIH-1 ARN copies/mL, virémie <input type="checkbox"/> VIH-2 ARN IU/mL, virémie	Sang EDTA 7-10 mL ou Plasma EDTA 2-3 mL ou Liquor cerebrospinalis 1-2 mL
<input type="checkbox"/> Virémie VIH-1 ou VIH-2 mesurée par le test PERT (test pour la transcriptase inverse)	

E. Tests individuels VIH	Échantillon
<input type="checkbox"/> VIH-1/2 dépistage 5e génération <input type="checkbox"/> VIH-1 + VIH-2 Line Immunoassay	Plasma EDTA (sérum) ≥1 mL
<input type="checkbox"/> VIH-1 ADN par PCR* <input type="checkbox"/> VIH-1 groupe O ADN par PCR* <input type="checkbox"/> VIH-2 ADN par PCR*	Sang EDTA 7-10 mL
<input type="checkbox"/> VIH-1 ADN par MEGA-PCR 'high-input'* <input type="checkbox"/> VIH-2 par MEGA-PCR 'high-input'*	Sang EDTA 3 x10 mL (!!!)
<input type="checkbox"/> VIH-1 ARN, PCR qualitatif* <input type="checkbox"/> VIH-1 groupe O ARN, PCR qualitatif* <input type="checkbox"/> VIH-2 ARN, PCR quantitative*	Sang EDTA 7-10 mL ou Plasma EDTA 2-3 mL
<input type="checkbox"/> Transcriptase inverse par le test PERT, quantitative	

Analyses HTLV-1/2	Échantillon
<input type="checkbox"/> HTLV-1/2 dépistage anticorps <input type="checkbox"/> HTLV-1 & HTLV-2 Line Immunoassay/typage de virus	Plasma EDTA, (sérum) ≥1 mL
<input type="checkbox"/> HTLV-1 ADN, PCR qualitatif* <input type="checkbox"/> HTLV-1 ADN, PCR quantitative* <input type="checkbox"/> HTLV-2 ADN, PCR qualitatif*	Sang EDTA 7-10 mL

Analyses d'autres rétrovirus	Échantillon
<input type="checkbox"/> Dépistage de rétrovirus par le test PERT (détecte tous les rétrovirus)	Plasma EDTA 2-3 mL

* = test pas accrédité

Le NZR dispose d'autres analyses non accréditées pour détecter les infections rétrovirales. Celles-ci ne sont effectuées que dans des situations particulières et uniquement si nécessaire par accord. Le répertoire complet des analyses NZR annotées et les explications des tests individuels peuvent être consultés sur <https://www.virology.uzh.ch/de/services/VirusAnalysenID.html>

PRISE DES MATERIELS ET ENVOI: 10 ml (MEGA-PCR: 30 ml) de sang EDTA stérile convient pour toutes les analyses.

- Collection dans les Vacutainers EDTA dans nos emballages de transport. Le bouchon doit être perforé par l'aiguille et ne doit en aucun cas être retiré (stérilité!). Les emballages pour le transport contenant les Vacutainers peuvent être obtenus gratuitement sur demande téléphonique: **044 634 29 31**.
- Envoi **par courrier A ("Luna-Express")** — SVP, PAS DE PRISES DE SANG OU ENVOI LES VENDREDIS ET LA VEILLE DES FÊTES!

Inscrire le code SHCS en bas:

