

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste  faux



Service de Pharmacologie clinique  
 Réception des laboratoires BH 18-100  
 Rue Bugnon 46, 1011 Lausanne  
 www.chuv.ch/pcl

**Contact:**  
 Laboratoire de Pharmacologie clinique  
 Tél.: 021 31 44 271  
 Email: labo.pharmaco-clin@chuv.ch – PP439  
 Interprétation clinique:  
 Tél.: 021 31 41 404

Heures d'ouverture: lundi – vendredi 08h–17h

**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.: 

15	30	45
----	----	----

**Patient**

Nom: .....  
 Prénom: .....  
 Sexe: .....  
 Date de naissance complète: .....  
 Adresse complète: .....  
 N° postal / Localité: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



**COPIE(S) À (adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Localité: .....

**DEMANDEUR**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Tél.: ..... Fax: .....

Etiquette déviation  
 ou  
 Etiquette de projet

**MOTIVATION(S) CLINIQUE(S)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique                          | <input type="checkbox"/> Primo-infection HIV               |
| <input type="checkbox"/> Réponse insatisfaisante                      | <input type="checkbox"/> Prophylaxie post-exposition (PEP) |
| <input type="checkbox"/> Doute sur la compliance                      | <input type="checkbox"/> Enfant avec infection périnatale  |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de toxicité                        | <input type="checkbox"/> Fraction libre                    |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s) | <input type="checkbox"/> Etude (préciser): .....           |
| <input type="checkbox"/> Surdosage ou abus médicamenteux              | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....           |
| <input type="checkbox"/> Grossesse                                    |  |

**Demande d'interprétation clinique de la mesure des taux de médicaments**

oui (par défaut)  non

**AUTRES INFORMATIONS**

Patient naïf  
 Patient expérimenté

CD4 (cell/mm<sup>3</sup>): ..... (date: / / )  
 Virémie (copies/mL): ..... (date: / / )

Poids du patient: ..... kg  
 Taille du patient: ..... cm

Dysfonctions d'organes:  hépatique  
 rénale  
 cardiaque

Co-médications antirétrovirales:

NRTIs: <input type="checkbox"/> abacavir *	<input type="checkbox"/> didanosine	<input type="checkbox"/> emtricitabine *
<input type="checkbox"/> lamivudine *	<input type="checkbox"/> ténofovir * (TAF)	<input type="checkbox"/> ténofovir * (TDF)
<input type="checkbox"/> zidovudine *	<input type="checkbox"/> ZDV+3TC	<input type="checkbox"/> ZDV+3TC+ABC
<input type="checkbox"/> ABC+3TC	<input type="checkbox"/> FTC+TDF	<input type="checkbox"/> autre: .....
FIs: <input type="checkbox"/> enfuvirtide	<input type="checkbox"/> autre: .....	

\* pour un dosage de ces NRTIs, veuillez remplir au verso un cadre

Autres co-médications: .....

Effets indésirables:  aucun  
 oui (préciser): .....

**RÉSISTANCE GÉNOTYPIQUE ET PHÉNOTYPIQUE DE HIV-1**

Pour une demande simultanée de résistance génotypique et phénotypique de HIV-1, merci d'ajouter un **second tube de sang** (EDTA-K 4.9 ml) et de joindre un **bon N° 050 CHUV-LIA**.



**Matériel**  sang EDTA-K (S-Monovette, 2.6 ml)  échantillon reçu congelé  
**adressé:** (Egalement accepté : sérum sans gel 2.6 ml; néonatalogie : Microvette® sérum ou EDTA-K 0.3 ml)

SHCS\_ID

**Pour le dosage de plusieurs antirétroviraux dans le même échantillon, utiliser un cadre par médicament, et indiquer pour chaque antirétroviral la date et l'heure de la dernière prise ainsi que la posologie.**

**Antirétroviral n° 1 à doser:**

**PIs**  Atazanavir  Cobicistat  Darunavir  Fosamprenavir  Lopinavir  Ritonavir  Saquinavir  Tipranavir  
**NNRTIs**  Doravirine  Efavirenz  Etravirine  Nevirapine  Rilpivirine  
**NRTIs**  Abacavir  Emtricitabine  Lamivudine  Ténofovir (TDF)  Ténofovir (TAF)  Zidovudine  
**INIs**  Bictegravir  Cabotegravir  Dolutegravir  Elvitegravir  Raltegravir  
**CCR5 Antag.**  Maraviroc  
**Inhibiteurs de l'attachement:**  (fos)temsavir **Autre(s):**

**Dernière prise (date et heure réelles):**

Jour :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
Mois :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  
Heure :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  
Min. :  15  30  45  
Dose (mg):  5  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  200  300  400  500  600  700  800  900  1000  2000 (exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)  
Nbre de prise(s) orale(s)/24h :  1  2  3  4  
Injection dépôt toutes les :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 semaines  
Autre posologie :

**Antirétroviral n° 2 à doser:**

**PIs**  Atazanavir  Cobicistat  Darunavir  Fosamprenavir  Lopinavir  Ritonavir  Saquinavir  Tipranavir  
**NNRTIs**  Doravirine  Efavirenz  Etravirine  Nevirapine  Rilpivirine  
**NRTIs**  Abacavir  Emtricitabine  Lamivudine  Ténofovir (TDF)  Ténofovir (TAF)  Zidovudine  
**INIs**  Bictegravir  Cabotegravir  Dolutegravir  Elvitegravir  Raltegravir  
**CCR5 Antag.**  Maraviroc  
**Inhibiteurs de l'attachement:**  (fos)temsavir **Autre(s):**

**Dernière prise (date et heure réelles):**

Jour :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
Mois :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  
Heure :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  
Min. :  15  30  45  
Dose (mg):  5  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  200  300  400  500  600  700  800  900  1000  2000 (exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)  
Nbre de prise(s) orale(s)/24h :  1  2  3  4  
Injection dépôt toutes les :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 semaines  
Autre posologie :

**Antirétroviral n° 3 à doser:**

**PIs**  Atazanavir  Cobicistat  Darunavir  Fosamprenavir  Lopinavir  Ritonavir  Saquinavir  Tipranavir  
**NNRTIs**  Doravirine  Efavirenz  Etravirine  Nevirapine  Rilpivirine  
**NRTIs**  Abacavir  Emtricitabine  Lamivudine  Ténofovir (TDF)  Ténofovir (TAF)  Zidovudine  
**INIs**  Bictegravir  Cabotegravir  Dolutegravir  Elvitegravir  Raltegravir  
**CCR5 Antag.**  Maraviroc  
**Inhibiteurs de l'attachement:**  (fos)temsavir **Autre(s):**

**Dernière prise (date et heure réelles):**

Jour :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
Mois :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  
Heure :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  
Min. :  15  30  45  
Dose (mg):  5  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  200  300  400  500  600  700  800  900  1000  2000 (exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)  
Nbre de prise(s) orale(s)/24h :  1  2  3  4  
Injection dépôt toutes les :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 semaines  
Autre posologie :

**Antirétroviral n° 4 à doser:**

**PIs**  Atazanavir  Cobicistat  Darunavir  Fosamprenavir  Lopinavir  Ritonavir  Saquinavir  Tipranavir  
**NNRTIs**  Doravirine  Efavirenz  Etravirine  Nevirapine  Rilpivirine  
**NRTIs**  Abacavir  Emtricitabine  Lamivudine  Ténofovir (TDF)  Ténofovir (TAF)  Zidovudine  
**INIs**  Bictegravir  Cabotegravir  Dolutegravir  Elvitegravir  Raltegravir  
**CCR5 Antag.**  Maraviroc  
**Inhibiteurs de l'attachement:**  (fos)temsavir **Autre(s):**

**Dernière prise (date et heure réelles):**

Jour :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
Mois :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  
Heure :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  
Min. :  15  30  45  
Dose (mg):  5  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  200  300  400  500  600  700  800  900  1000  2000 (exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)  
Nbre de prise(s) orale(s)/24h :  1  2  3  4  
Injection dépôt toutes les :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 semaines  
Autre posologie :