

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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



Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques

Réception des laboratoires: BH/18/100
1011 Lausanne

Contact :

Labo. : Tél.: 021 314 42 71 - Fax : 021 314 80 98 - PP 439
Interprétation clinique : Tél.: 021 314 14 04
www.chuv.ch/pcl

Ouverture du laboratoire :
lundi - vendredi 08h00 - 17h00

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:

V/réf.:

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:

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"/> Etude (préciser): |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s) | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): |
| <input type="checkbox"/> Surdosage ou abus médicamenteux | |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | |

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

oui (par défaut) non

AUTRES INFORMATIONS:

Patient inclus dans l'étude suisse de Cohorte HIV:
 non oui (n° SHCS:

- Patient naïf
- Patient expérimenté

CD4 (cell/mm³): (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"/> stavudine | <input type="checkbox"/> zidovudine |
| <input type="checkbox"/> ténofovir | <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: | |

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**.

Nom: Prénom:



Matériel
adressé:

sang EDTA-K (S-Monovette, 4.9 ml)

échantillon reçu congelé

échantillon reçu par transporteur

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:

Pls Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Tipranavir

NNRTIs Efavirenz Nevirapine Etravirine INIs Raltegravir

CCR5 antagon. Maraviroc 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): 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 2000

Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

(exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)

Antirétroviral n° 2 à doser:

Pls Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Tipranavir

NNRTIs Efavirenz Nevirapine Etravirine INIs Raltegravir

CCR5 antagon. Maraviroc 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): 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 2000

Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

(exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)

Antirétroviral n° 3 à doser:

Pls Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Tipranavir

NNRTIs Efavirenz Nevirapine Etravirine INIs Raltegravir

CCR5 antagon. Maraviroc 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): 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 2000

Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

(exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)

Antirétroviral n° 4 à doser:

Pls Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Tipranavir

NNRTIs Efavirenz Nevirapine Etravirine INIs Raltegravir

CCR5 antagon. Maraviroc 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): 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 2000

Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

(exemple: pour une dose de 750 mg, cocher la case 700 et la case 50)