



**DEMANDE D'ANALYSE**

**DATE DU PRELEVEMENT**

- Charge virale VIH-1 / VIH-2
- Génotype RT-PR / Intégrase
- Tropisme

} au minimum 9 ml de sang total (tube EDTA)  
 ou 2 ml plasma gelé (mauve)\*

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom et Date de naissance:  
  
 Sexe: M - F  
  
 N° national:  
  
 Numéro de référence du laboratoire:

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR**

Laboratoire demandeur:  
  
  
 Médecin traitant:

**INFORMATION DU PATIENT**

- Première consultation:  Oui  Non  
 Nouveau diagnostique:  Oui  Non  
 Avant traitement:  Oui  Non

**RAISON DE DEMANDE GENOTYPE**

- Avant traitement (Baseline)  
 Echec du traitement  
 Autre: ...

**MEDICAMENTS PRIS PAR LE PATIENT:**

Date du dernier changement du traitement: .....

- Single-tablet:**  Atripla  Biktarvy  Delstrigo  Dovato  Eviplera  
 Genvoya  Juluca  Odefsey  Stribild  Symtuza  
 Triumeq
- Injectables :**  Vocabria/Rekambys
- NRTIs:**  Combivir  Emtriva  EpiVir  Kivexa  Retrovir  
 Trizivir  Truvada  Viread  Ziagen
- NNRTIs:**  Edurant  Intelence  Pifeltro  Stocrin  Viramune
- PIs:**  Invirase  Kaletra  Prezista  Reyataz  Rezolsta  Telzir
- INIs:**  Isentress  Tivicay
- ENI / AI:**  Celsentri  Rukobia
- Booster:**  Norvir

**DERNIERE CHARGE VIRALE** Date: ..... Résultat: ..... copies/ml

**DERNIER COMPTE DES CD4** Date: ..... Résultat: ..... cellules/mm<sup>3</sup>

**REMARQUE:**

Le laboratoire de référence SIDA (LRS) est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h à 17h.

**RECEPTION DES ECHANTILLONS AU LRS/ARL JUSQU'A 16h30.**

En dehors des heures d'ouverture: réception au laboratoire de Biologie Clinique, 1P8, entrée 22.

\* Pour la conformité des échantillons et informations supplémentaires concernant les tests, veuillez consulter [www.arl.ugent.be](http://www.arl.ugent.be).