


CENTRE INTERNATIONAL DE RÉFÉRENCE "CHANTAL BIYA"
POUR LA RECHERCHE SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA

LABORATOIRE DE VIROLOGIE / Unité de Virologie Médicale et Moléculaire

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN
TEST DE RESISTANCE GENOTYPIQUE DU VIH AUX ANTIRETROVIRAUX

A	Nom et Prénom / Code ID : Sexe : M ☐ F ☐ Naissance : Date : __/__/____ Lieu de résidence: Profession : Niveau d'éducation : N° Tél :		
B	Date prélèvement : __/__/____ Echantillon : Sang ☐ Plasma ☐ PBMC ☐ LCR ☐ Autre : Date 1 ^{er} Diagnostic VIH : __/__/____ VIH-1 ☐ VIH-2 ☐ Groupe : M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Sous-type : Stade clinique actuelle (OMS): Voie de transmission-VIH :		
C	Bilan pré-HAART	CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____	
C	Paramètres immunologiques et virologiques sous HAART (5 derniers résultats)	CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____	
CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____			
CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____			
CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____			
CD4 Date : __/__/____ Virémiecopies/ml Date : __/__/____			
D	Historique Traitement antirétroviral, y compris les interruptions (ordre chronologique)	Protocole antirétroviral Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../...	Durée du traitement Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../...
D	Autre PEC	Du.../.../... au .../.../... Du.../.../... au .../.../...	Raisons
E	Niveau d'observance (30 jours derniers) : Nombre de doses manquées :jours Inconnu : ☐		
F	Co-infection(s) en cours: HVB, HVC, TB, Paludisme, autre Infection Opportuniste	Type(s) de co-infection	
Durée			
Du.../.../... au .../.../...			
Du.../.../... au .../.../...			
G	Exposition à la PTME	Non ☐ Oui ☐ Si Oui, ARV : Aménorrhée:semaines	Du.../.../... au .../.../... Gravidité: Para:
G	Pour les femmes enceintes	Enfants en vie	Total: VIH-positif: VIH-négatif:
H	Test résistance antérieur (si oui, joindre copie résultat)	Non ☐ Oui ☐ Si Oui, Date : .../.../.....	

Nom du Clinicien traitant : Spécialité :

Structure hospitalière : N° Tél / email:

Signature du Clinicien: Date de remplissage:

NB : Le test de Résistance est réalisable si la charge virale du prélèvement en cours est ≥ 1000 copies/ml. Le délai de la dernière charge devrait être de deux mois au maximum. Indiquez toute information supplémentaire au verso de la page.

CIRCB. Siège : BP: 3077 Yaoundé - Messa Tél. : (+237) 222 31 54 50 / Fax : (+237) 222 31 54 56 E-mail : contacts@circb.cm