Centre hospitalier de
l'Université de Montréal
1000, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 0C1

OPTILAB Montréal-CHUM

Génotypage du VIH-1 pour la mesure de la résistance aux antirétroviraux

Identification du requérant	Identification du patient
En provenance d'un établissement hospitalier Nom de l'établissement : _____ No de référence de l'échantillon : _____ **Prescripteur** Nom complet : _____ No de permis : _____	Coller étiquette ou remplir la section ci-dessous
En provenance d'une clinique (prescripteur) Nom complet : _____ No de permis : _____ Adresse complète et no de téléphone : _____ _____	Nom, prénom : _____ No dossier CHUM ou : _____ NAM ou : _____ DDN et sexe : _____ /_____ / _____ ❑ M ❑ F

Renseignements requis **(veuillez remplir toutes les cases)**

Date et heure de prélèvement : 20_____/_____/_____ heure : _____ h _____ m

Charge virale du VIH Résultat (copies/mL) : _____ Date : 20____/_____/_____

Indication clinique :	❑ 1 Premier échec	❑ 5 Primo-infection (< 6 mois)
	❑ 2 Échec subséquent	❑ 6 Autre (justifiez) : _____
	❑ 3 Grossesse	❑ 7 Infection chronique (naïf au traitement)
	❑ 4 Nouveau-né	❑ 8 Charge virale persistante (< 400 copies/mL)*
	* ***Sur deux échantillons consécutifs à intervalle d'un mois ou plus.***	
Test demandé :	❑ Inhibiteurs de la transcriptase inverse et de la protéase (VIH génotype)	
	❑ Inhibiteurs de l'intégrase (VIH génotype intégrase) *Indication : échec à un inhibiteur d'intégrase*	
Thérapie actuelle : *Lors du prélèvement*		