



## FICHE DE DEMANDE DE LA CHARGE VIRALE

### DONNEES SITE

REGION SANITAIRE : .....

DISTRICT SANITAIRE : .....

NOM DE L'ETABLISSEMENT : .....

CODE ETABLISSEMENT : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

### IDENTITE PATIENT

CODE PATIENT : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Date de naissance : (jj/mm/aaaa) : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

(Notifier dans les cases xx/xx/xxxx, si la date est inconnue)

Age : ..... Sexe : Masculin |\_\_| Féminin |\_\_|

Grossesse |\_\_| Allaitement |\_\_|

### DONNEES CLINIQUES

Type de VIH : VIH-1 : |\_\_| VIH-2 : |\_\_| VIH-1et VIH-2 : |\_\_|

Le patient est-il actuellement sous ARV ? Oui |\_\_| Non |\_\_|

Si oui, Année initiation 1<sup>er</sup> traitement ARV : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Ligne thérapeutique : 1<sup>ère</sup> Ligne |\_\_| 2<sup>ème</sup> ligne |\_\_| 3<sup>ème</sup> ligne |\_\_| Autre (à préciser) |\_\_| ...

Régime thérapeutique:.....

#### **Motif de la demande de la CV :**

CV contrôle sous ARV	__	Echec virologique	__	Autres (à préciser)	__  .....
Echec immunologique	__	Echec clinique	__	.....	

#### A l'initiation du traitement

CD4 valeur absolue : .....

CD4 pourcentage : .....

Date ...|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

#### A la demande de Charge virale

CD4 valeur absolue : .....

CD4 pourcentage : .....

Date : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une mesure de charge virale ? Oui |\_\_| Non |\_\_|

Si oui, préciser le laboratoire : ..... Valeur : ..... Date : .....

### IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT

Nom du clinicien .....

N° Tel clinicien ..... Date de demande de l'analyse : .....

E-mail clinicien : .....

Signature et cachet :

Nom du préleveur .....

Date du prélèvement |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Heure du prélèvement : .....

Type de prélèvement : Plasma |\_\_|

DBS |\_\_|

Signature & Cachet