**MINISTERE DE LA SANTE REPUBLIQUE DE COTE D’IVOIRE**

**ET DE L’HYGIENE PUBLIQUE UNION – DISCIPLINE - TRAVAIL**

**FICHE DE DEMANDE DE LA CHARGE VIRALE**

**REGION SANITAIRE** : {region}

**DISTRICT SANITAIRE** : {district}

**NOM DE L’ETABLISSEMENT** : {site}

**CODE ETABLISSEMENT** : {code}

**CODE PATIENT** : {identifier}

**CODE UPID** : {upid}

**Date de naissance** : (jj/mm/aaaa) : {birthDate}

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

**Age** : {age} **Sexe** : **Masculin** |{gender\_masc}| **Féminin** |{gender\_fem}|

**Grossesse** |{preg}| **Allaitement |{**feed}|

**Type de VIH** : VIH-1 : |{vih1}| VIH-2 : |{vih2}| VIH-1et VIH-2 : |{vih3}|

**Le patient est-il actuellement sous ARV ?** Oui |{arvOk}| Non |{arvNo}|

**Si oui, Année initiation 1er traitement ARV** : {arvStart}

**Ligne thérapeutique** : 1ère Ligne |{line1}| 2ème ligne |{line2}| 3ème ligne|{line3}| Autre (à préciser) |\_\_|

**Régime thérapeutique :** {arvRegimen}

**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 A la demande de Charge virale

**CD4** valeur absolue : {icd4c} **CD4** valeur absolue : {lcd4c}

**CD4** pourcentage : {icd4p} **CD4** pourcentage :{lcd4p}

**Date :** {icd4d} **Date :** {icd4d}

**Le patient a-t-il déjà bénéficié d’une mesure de charge virale** ? Oui |{hvl}| Non |{hnvl}|

Si oui, préciser le laboratoire : {lab} Valeur : {value} Date : {lastDate}

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |\_\_|  PSC |\_\_|  **Signature & Cachet** |