**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** : ……………………………………………………………………………….

**DISTRICT SANITAIRE** : {district}

**NOM DE L’ETABLISSEMENT** : {site}

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

**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** \_\_|

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

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

**Si oui, Année initiation 1er traitement ARV** : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Ligne thérapeutique** : 1ère Ligne |\_\_| 2ème ligne |\_\_| 3ème 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 A la demande de Charge virale

**CD4** valeur absolue : ………………… **CD4** valeur absolue : ………………

**CD4** pourcentage : …………………… **CD4** pourcentage : …………………

**Date …**|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Date :** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |