



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
<p>1. Préconceptionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Préconceptionnel 1.2. Préconceptionnel 1.3. Préconceptionnel 1.4. Préconceptionnel 1.5. Préconceptionnel 1.6. Préconceptionnel 1.7. Préconceptionnel 1.8. Préconceptionnel 1.9. Préconceptionnel 1.10. Préconceptionnel 1.11. Préconceptionnel 1.12. Préconceptionnel 1.13. Préconceptionnel 1.14. Préconceptionnel 1.15. Préconceptionnel 1.16. Préconceptionnel 1.17. Préconceptionnel 1.18. Préconceptionnel 1.19. Préconceptionnel 1.20. Préconceptionnel 	<p>1. Préconceptionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Préconceptionnel 1.2. Préconceptionnel 1.3. Préconceptionnel 1.4. Préconceptionnel 1.5. Préconceptionnel 1.6. Préconceptionnel 1.7. Préconceptionnel 1.8. Préconceptionnel 1.9. Préconceptionnel 1.10. Préconceptionnel 1.11. Préconceptionnel 1.12. Préconceptionnel 1.13. Préconceptionnel 1.14. Préconceptionnel 1.15. Préconceptionnel 1.16. Préconceptionnel 1.17. Préconceptionnel 1.18. Préconceptionnel 1.19. Préconceptionnel 1.20. Préconceptionnel

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^{er} traitement ARV : |__| |__| |__| |__|

Ligne thérapeutique : 1^{ère} Ligne | | 2^{ème} ligne | | 3^{ème} 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 :

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 |

Plasma |

DBS		
-----	--	--

PSC | |

Signature & Cachet