RECHERCHE DE RESISTANCE AUX ANTI-VIRAUX CMV OU HSV
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Etiquette patient

Nom d'usage……
Nom de naissance……
Prénom……..
Sexe……
Date de naissance……

Cachet du service (UG)

Téléphone :

Médecin prescripteur

Téléphone :

Recherche de résistance génotypique ☐ CMV ☐ HSV

Fiche à adresser avec le bon de Virologie sur lequel merci d'inscrire le **code VQCD (CMV)** ou le **code VQHD (HSV)** dans la rubrique « Pour toute autre demande »

Prélèvement(s) envoyé(s)		**Envoi à +5°C si délai < 24h ou -20°C si délai > 24h**
□ Sang total EDTA	Date : …….	Heure : …….
□ Plasma EDTA	Date : …….	Heure : …….
□ Ecouvillon	Date : …….	Heure : …….
Préciser localisation : ……..……		
□ Humeur oculaire	Date : …….	Heure : …….
□ LBA	Date : …….	Heure : …….
□ Autre	Date : …….	Heure : …….
Préciser : ……..……..		

Nature de l'immunodépression

□ Aucune	□ Greffe Date de la greffe : …….
	□ Cellules souches hématopoïétiques
	□ Rein □ Foie □ Poumon
□ HIV	□ Cœur □ Autre greffe : ……..
□ Autre : ……	Statut sérologique CMV Donneur Receveur :
	□ D-/R- □ D-/R+ □ D+/R- □ D+/R+

Traitement immunosuppresseur actuel :

……
……

Manifestations cliniques et biologie :

Date d'apparition : …….

Manifestations :

……
……
……
……

□ Infection oculaire (préciser) : ……..
□ Aucune manifestation (virémie isolée)

RECHERCHE DE RESISTANCE AUX ANTI-VIRAUX CMV OU HSV
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Traitement antiviral

Molécules reçues jusqu'à présent :

□ Aciclovir □ Ganciclovir □ Foscarnet □ Maribavir □ Autre :

□ Valaciclovir □ Valganciclovir □ Létermovir □ Cidofovir ……

Molécule	Posologie	Date de début	Date de fin	Commentaires
Prophylaxie				
Traitement pré-emptif				
Traitement curatif				

Antériorités des dosages de molécules antivirales :

Molécule	Date	Résultat

Antériorités des résultats virologiques sous traitement antiviral :

Date	Prélèvement / localisation	Quantification ou valeur de Ct, si disponible