

## SINOTTICO ESAMI

Compilare il sinottico indicando con X i test richiesti e considerando le Note di appropriatezza prescrittiva incluse nella descrizione del test. Oltre al presente modulo, compilare l'Allegato A2 e i moduli specifici per i seguenti esami: Sierologia HIV, Genotipo e farmaco resistenza per HIV, HCV e HBV.

Cognome e Nome del paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso: M / F ; Sospetta diagnosi e/o note \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Medico richiedente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Tipologia di campione inviato:

1	Siero	2	Sangue con anticoagulante	3	Liquor	4	Urine
5	Feci	6	Biopsia.....	7	Tampone.....	8	Altro.....
•.....	Indicare, accanto all'esame, il numero corrispondente alla tipologia del campione; relativamente alle caselle 6, 7, 8, riportare la tipologia esatta di campione.						

Sigla	Campione	X	Esame
			<b>SIEROLOGIA – EPATITE</b>
HAVAB	1		HAV Ab IgG
HAVM	1		HAV IgM
HBSAG	1		<b>HBs Ag Qualitativo</b> <i>in caso di screening per l'infezione da HBV, si raccomanda di richiedere insieme a HBSAB e HBCTO (Determina Regione Lazio n. G12897, 25 settembre 2017)</i>
HBSQT	1		<b>HBs Ag Quantitativo</b>
HBVTC	1		<b>HBs Ag – Test di conferma</b> <i>da richiedere insieme a HBSAG</i>
HBSAB	1		HBs Ab
HBCTO	1		HBc Ab Ig totali
HBCM	1		HBc IgM
HBEAG	1		HBe Ag
HBEAB	1		HBe Ab
HCVAB	1		HCV Ab
HCVTC	1		<b>HCV Ab – Test di conferma</b> <i>da richiedere insieme a HCVAB</i>
HCVAG	1		HCV Ag
HDVAB	1		HDV Ig totali
HDVAG	1		HDV Ag
HDVM	1		HDV IgM
HEVIG	1		HEV Ab IgG e IgM
			<b>SIEROLOGIA – HIV</b>
HIVAB	1		HIV 1/2 Ab/Ag (Combo)
HIVIB	1		<b>HIV-1 e HIV-2 Blot</b> <i>da richiedere insieme a HIVAB</i>
			<b>SIEROLOGIA – ALTRI VIRUS</b>
CMVG	1,2		CMV IgG
CMVM	1,2		CMV IgM

Sigla	Campione	X	Esame
CMVAV	1,2		<b>CMV Avidità IgG</b> <i>da richiedere insieme a CMVG</i>
CMVWG	1,2		<b>CMV IgG Western Blot</b> <i>da richiedere insieme a CMVG</i>
CMVWM	1,2		<b>CMV IgM Western Blot</b> <i>da richiedere insieme a CMVM</i>
EBVAB	1,2		<b>EBV Ab (VCA IgM, VCA IgG, EA IgG, EBNA IgG)</b>
EBVMN	1,2		Monotest
EBVWG	1,2		<b>EBV IgG Immunoblot</b> <i>da richiedere insieme a EBVAB</i>
EBVWM	1,2		<b>EBV IgM Immunoblot</b> <i>da richiedere insieme a EBVAB</i>
HSVAB	1		<b>HSV 1/2 Ab (HSV1/2 IgM e HSV1 e HSV2 IgG)</b>
VZVAB	1,2		<b>VZV Ab IgG e IgM</b>
VZVG	1,2		<b>VZV IgG</b>
MOREL	1,2		<b>Morbillo Ab IgG e IgM</b>
MORBG	1,2		<b>Morbillo IgG</b>
PAREL	1,2		<b>Parotite Ab IgG e IgM</b>
PAROG	1,2		<b>Parotite IgG</b>
ROSAB	1,2		<b>Rosolia Ab IgG e IgM</b>
ROSOG	1,2		<b>Rosolia IgG</b>
RUBAV	1		<b>Rosolia Avidità IgG</b> <i>da richiedere insieme a ROSAB o ROSOG</i>
B19EL	1,2		<b>Parvovirus B19 Ab IgG e IgM</b>
HH6AB	1,2		<b>HHV-6 Ab IgG e IgM</b>
HH8AB	1,2		<b>HHV-8 IgG (IF)</b>
HH8IT	1,2		<b>HHV-8 IgG (IF) Titolazione Ab</b>
HTLAB	1,2		<b>HTLV I/II Ab</b>
HTLIB	1,2		<b>HTLV I/II Western Blot</b> <i>da richiedere insieme a HTLAB</i>

**LABORATORIO DI VIROLOGIA - INMI "L. SPALLANZANI" I.R.C.C.S.**

Allegato 1 Rev 11 del 1/18 alla GPU viro

Sigla	Campione	X	Esame
CHKIT	1		Chikungunya Ab IgG e IgM (IF)
DGVIT	1		Dengue IgG e IgM (IF)
DGVTR	1		Dengue Ab e Ag -Test Rapido
DGVAB	1		ZIKA Ab IgG e IgM (IF)
WNVAB	1,3		West Nile Ab IgG e IgM (IF)
JEVAB	1,3		JEV (Encefalite Giapponese) Ab IgG e IgM (IF)
TBEAB	1,3		TBEV (Virus Encefalite da zecca) IgG e IgM (IF)
FLEBIF	1,3		Flebovirus (Toscana, Napoli, Sicilia, Cipro) IgG e IgM (IF)
HANAB	1,3		Hantavirus Ab IgG e IgM (IF)
YFVIF	1,3		YFV (Virus della febbre gialla) IgG e IgM (IF)
G3IF	1,3		Anticorpi Virus gruppo rischio 3 (IF) (per agente virale)
			<i>IF: Immunofluorescenza</i>
			<b>SIEROLOGIA</b> <i>Fissazione Complemento</i>
ENTFC ADVFC	1,3,8		Virus Enterotropi e/o Cardiotropi Ab (mediante FC): Cocksackie A e B, Echovirus, ADV
NEUFC ENTFC CMVFC ADVFC	1,3		Virus Neurotropi Ab (mediante FC): HSV, Morbillo, Parotite, VZV, CMV, Enterotropi
PNEFC ADVFC CMVFC	1,8		Virus Pneumotropi Ab (mediante FC): Parainfl 1, 2 e 3, Influenza A e B, RSV. ADV, CMV
CMVFC	1,8		CMV Ab (FC)
ADVFC	1,8		Adenovirus Ab (FC)
			<b>COLTURE CELLULARI</b>
CMVAG	2		CMV Antigenemia
CMVSV	2, 4		CMV Isolamento Rapido
ISOVI	•.....		Isolamento virale classico
POLNT	1		Poliovirus Ab neutralizzanti
YFVNT	1		Virus della febbre gialla Ab neutralizzanti
			<b>VIROLOGIA MOLECOLARE</b>
HBVQT	1,2		HBV DNA Quantitativo
HCQT	1,2		HCV RNA Quantitativo
HAVPC	1,2,5		HAV RNA
HDVPC	1,2		HDV RNA Quantitativo
HEVPC	1,2,5		HEV RNA
HGVPC	1,2		GBV-C RNA
HIVRN	2,3		HIV-1 RNA Quantitativo
HIV2Q	2,3		HIV-2 RNA Quantitativo

  

Sigla	Campione	X	Esame
HIV1DN	2		HIV-1 DNA Qualitativo
HIV2DN	2		HIV-2 DNA Qualitativo
HIVDT	2		HIV-1 DNA Quantitativo
CMVQT	•.....		CMV DNA Quantitativo
EBVQT	•.....		EBV DNA Quantitativo
BKVQT	•.....		BKV DNA Quantitativo
JCVQT	•.....		JCV DNA Quantitativo
HSVPC	1,2,3, 6,7,8		HSV-1 e HSV-2 DNA Quantitativo
VZVPC	1,2,3, 6,7,8		VZV DNA Quantitativo
HH6PC	1,2,3, 7,8		HHV-6 DNA Quantitativo
HH8QT	2,3,6, 7,8		HHV-8 DNA Quantitativo
B19PC	2		PARVO B19 DNA Quantitativo
ENPCR	1,2,3,5, 7		ENTEROVIRUS RNA
ASTPC	5		ASTROVIRUS RNA
NORPC	5		NOROVIRUS RNA
RVPCR	5		ROTAVIRUS RNA
ADPCR	1,2,5,7,8		Adenovirus e Bocavirus DNA
CO229	7,8		HCoV (Coronavirus) e Parainfluenza Virus 1,2,3,4 RNA
RINPC	7,8		Rinovirus e Enterovirus RNA
RSVPC	7,8		RSV A e B. Metapneumovirus RNA
SWFRT	7,8		Influenza A [M], Influenza A suina [NP], Influenza A pdm 2009 [H1, Influenza B Real-time PCR
MORPC	2,3,4,7		MORBILLO RNA
ROSPC	2,3,4,7		ROSOLIA RNA
PARPC	2,3,4,7		PAROTITE RNA
HPVPC	4,6,7,8		Papilloma (HPV) DNA
HTLPC	2		HTLV 1/II PCR
TTVPC	1,2		TTV DNA
FLAPC	1,2,3,4		Flavivirus RNA
DGVPC	1,2,4		Dengue RNA
CHKRT	1,2,4		Chikungunya RNA
ZIKPC	1,2,4,8		Zika virus RNA
WNVPC	1,2,3,4		West Nile Virus RNA
YFVPC	1,2,3,4		YFV (Virus della febbre gialla) RNA

**LABORATORIO DI VIROLOGIA - INMI "L. SPALLANZANI" I.R.C.C.S.**

Allegato 1 Rev 11 del 1/18 alla GPU viro

Sigla	Campione	X	Esame
TBEPC	1,2,3,4		TBEV (Encefalite da zecca) RNA
JEVPC	1,2,3,4		JEV RNA
USUPC	1,2,3,4		USUV (Usutu virus) RNA
FLEBPC	1,3		Flebovirus (Toscana e Napoli) RNA
RT-PCR	•.....		Amplificazione RNA (RT-PCR NAS)
PCR	•.....		Amplificazione DNA (PCR NAS)
			<b>PANNELLI MOLECOLARI</b>
PANCAR	1,2,8		<b>VIRUS CARDIOTROPI:</b> PCR/RT-PCR per Adenovirus, CMV, EBV, HHV-6, Parvovirus B19, Enterovirus
PANENT	1,2,3, 5,7,8		<b>VIRUS ENTEROTROPI:</b> PCR/RT-PCR per Adenovirus, Enterovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus
PANNEU	1,2,3, 8		<b>VIRUS NEUROTROPI:</b> PCR/RT PCR per CMV, EBV, HSV-1, HSV-2, JCV, VZV, Enterovirus
MURE	7,8		PCR/RT-PCR per Virus respiratori: Influenza A e B, ADV e Bocavirus, HCoV e Parainfluenza 1,2,3,4, Rinovirus e Enterovirus, RSV A e B e Metapneumovirus, Parechovirus, Myc. pneumoniae
NEUFA	2,3		MultiPlex per patogeni neurotropi
RESFA	7		MultiPlex per patogeni respiratori
			<b>TIPIZZAZIONI MOLECOLARI e TEST di RESISTENZA</b>
HBVRE	2		<b>HBV Sequenziamento gene pol</b> (farmacoresistenza e genotipo) <i>da richiedere insieme a HBVQT; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HCVGC	2		<b>HCV Genotipo</b> <i>da richiedere insieme a HCQT</i>
HCVRE	2		<b>HCV Sequenziamento gene NS5B</b> <i>da richiedere insieme a HCQT; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HCNS3	2		<b>HCV Sequenziamento gene NS3</b> <i>da richiedere insieme a HCQT; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HCNS5A	2		<b>HCV Sequenziamento gene NS5A</b> <i>da richiedere insieme a HCQT; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>

Sigla	Campione	X	Esame
HIVRE	2,3		<b>HIV-pol GRT (Pr/RT) Sequenziamento (farmacoresistenza e genotipo)</b> <i>da richiedere insieme a HIVRN; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HIVIN	2,3		<b>HIV-pol GRT (Integrasi) Sequenziamento (farmacoresistenza e genotipo)</b> <i>da richiedere insieme a HIVRN; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HIVV3	2,3		<b>HIV-gp120 GRT (V3) Sequenziamento (farmacoresistenza e genotipo)</b> <i>da richiedere insieme a HIVRN; compilare la scheda notizie specifica allegata</i>
HPVGE	7,8		<b>HPV Genotipizzazione</b> <i>da richiedere insieme a HPVPC</i>
FLUAT	7		<b>Tipizzazione Influenza A</b> <i>da richiedere insieme a SWRFT</i>
HTLTI	2		<b>HTLV 1/II Tipizzazione</b> <i>da richiedere insieme a HTLPC</i>
SEQVI	•.....		<b>Sequenziamento (blocchi di circa 400 bp)</b>
FILO	•.....		<b>Analisi filogenetica (per campione per regione)</b>
			<b>LABORATORI di BIOSICUREZZA (BSL3 e BSL4)</b>
			<i>Le indagini per virus emergenti vanno concordate con i dirigenti del Laboratorio di Virologia. L'elenco completo dei virus emergenti è riportato nell'allegato 2 alla GPU.</i>
AREPC	1, 2, 4		<b>Arenavirus (Lassa) RNA</b>
HANPC	2, 4		<b>Hantavirus RNA</b>
FILPC	1, 2, 8		<b>Filovirus (Ebola, Marbourg) RNA Quantitativo</b>
CCHPC	1, 2		<b>Crimean-Congo haemorrhagic fever (Bunyavirus) RNA Quantitativo</b>
POXPC	1, 8		<b>Poxvirus DNA</b>
AHKPC	1,2,4		<b>Alkhurma RNA</b>
ISOVI	•.....		<b>Isolamento virale</b> ———

**IL MEDICO RICHIEDENTE**



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive*  
*Struttura Complessa Laboratorio di Virologia e Laboratori di Biosicurezza*  
*Direttore: D.ssa M.R. Capobianchi*  
*e-mail: [maria.capobianchi@inmi.it](mailto:maria.capobianchi@inmi.it); Tel. 0655170434 Fax 065594555*

**ALLEGATO "A"/2**

DA:  
RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

PARTITA IVA: \_\_\_\_\_

**A: ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" – "I.R.C.C.S.**

COGNOME E NOME	RICHIESTA (Vedi sinottico allegato)

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE SANITARIO  
DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'U.O. DELL'ISTITUTO "L. SPALLANZANI" – CHE  
EFFETTUA LA PRESTAZIONE**

PRESTAZIONI ESEGUITE IL: \_\_\_\_\_

PRESTAZIONI ESEGUITE	IMPORTO

**FIRMA E TIMBRO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

\_\_\_\_\_

## Test genotipico Resistenze HBV: Scheda Notizie Cliniche

Cognome ..... Nome ..... Data nascita ..... Sesso: M  F

Divisione ...; DH ...; Ambulatorio (richiesta interna) ; Ambulatorio (richiesta esterna)

Medico richiedente ..... Ospedale.....

Tel ..... e-mail .....

Paziente naive: campione solo da congelare

Motivazione al test di resistenza:

Breakthrough in corso di terapia

Risposta virologica inadeguata

Inizio terapia in paziente con precedente assunzione di farmaci anti-HBV

Altro  :.....

HBeAg: positivo, negativo, non disp. . Anti-HBe: positivo, negativo, non disp.

ALT più recenti:..... mUI/ml HBV DNA più recente:..... UI/ml

Cirrosi: Sì  No  Cirrosi scompensata: Sì  No

Eventuali coinfezioni: HDV ; HCV ; HIV

Altri test di resistenza: Non noto  No  Sì ; data: .....

Terapia al momento del test: Non nota  No  Sì  (data inizio .....

Lamivudina , Adefovir , Entecavir , Telbivudina , Tenofovir , Emtricitabina

Altro:.....

Precedenti terapie anti-HBV: Sì  No

Farmaco/i ..... (dal ..... al .....)	Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Farmaco/i ..... (dal ..... al .....)	Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Farmaco/i ..... (dal ..... al .....)	Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

Note:.....

Il richiedente:.....

Data:.....

## Test genotipico Resistenze HCV: scheda informativa

(da allegare al prelievo)

Cognome ..... Nome ..... Data nascita ..... Sesso: M  F

Divisione .....; DH .....; Ambulatorio .....

Medico richiedente ..... Ospedale.....

Tel ..... e-mail .....

HCV genotipo: .....(data di esecuzione).....

HCV-RNA più recente:..... UI/ml (data .....) )

Motivazione al test di resistenza:

- Breakthrough in corso di terapia
- Risposta virologica inadeguata
- Relapser
- Valutazione pre-terapia (nei casi previsti)
- Altro  specificare:.....

Test di HCV-resistenza effettuati in precedenza: Non noto  No  Sì ; se sì, data: .....

Terapia al momento del test: Non nota  No  Sì

Classe di farmaco verso la quale viene richiesto il test di Resistenza:

- 1) Inibitori della proteasi NS3
- 2) Inibitori NS5A
- 3) Inibitori NS5B
- 4) Combinazione di inibitori (specificare).....
- 5) Altro:.....

Precedenti terapie anti-HCV: No  Sì

Farmaco/i ..... (dal ..... al .....) Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Farmaco/i ..... (dal ..... al .....) Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Farmaco/i ..... (dal ..... al .....) Fallimento: Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

Note:.....

.....

Il richiedente:.....

Data:.....

## Test genotipico di resistenza HIV: Scheda Notizie Cliniche

**Laboratorio Terapie Antiretrovirali**

Dirigente Medico Prof. Carlo-Federico Perno  
Tel. 06 55170654/656 – Fax. 06 5594555

CAMPIONE: PLASMA   
LIQUOR   
ALTRO

**DATA:** \_\_\_\_\_

NOME PAZIENTE \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ SESSO: M  F

DIVISIONE \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_ DH \_\_\_\_\_ MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

SIEROPOSITIVITA' DAL \_\_\_\_\_ FATTORE DI RISCHIO \_\_\_\_\_ CLASSIFICAZIONE CDC \_\_\_\_\_

N. CD4\* ATTUALI \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ NADIR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

VIREMIA PRE-HAART \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ VIREMIA ATTUALE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**ALTRI TEST GENOTIPICI** NO  SI  DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**TERAPIE EFFETTUATE:**

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ FARMACI \_\_\_\_\_ VIREMIA (Nadir) \_\_\_\_\_ CD4 + \* \_\_\_\_\_

TERAPIA IN CORSO: \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

INTERRUZIONE : \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

\* Indicare il numero dei CD4+ piu' elevato in corso di terapia.

Eventuali coinfezioni virali \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_