



Organizzazione **U.O.C. Laboratorio di Virologia e Laboratori di Biosicurezza**

UOC Virologia

Unità' Terapie Antiretrovirali (Tel. 06 55170654/656)

CAMPIONE: PLASMA ☐
LIQUOR ☐
ALTRO ☐

TEST DI GENOTIPIZZAZIONE

DATA: _____

NOME PAZIENTE _____ SESSO: M ☐ F ☐

LUOGO DI NASCITA (STATO) _____ DATA DI NASCITA _____

REPARTO _____ MEDICO CURANTE _____ TEL _____

SIEROPOSITIVITA' NOTA DAL _____ DATA SIEROCONVERSIONE (se disponibile) _____

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 + * _____

TERAPIA EFFETTUATA DALL'ULTIMO GENOTIPO:

DAL _____ AL _____ FARMACI _____ VIREMIA (Nadir) _____ CD4 + * _____

TERAPIA IN CORSO: _____ DAL _____ AL _____

INTERRUZIONE (causa) : _____ DAL _____ AL _____

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

Eventuali coinfezioni virali _____

NOTE _____

IL MEDICO RICHIEDENTE