



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

Test genotipico Resistenze HCV: scheda informativa

(da inviare con la provetta)

Cognome **Nome** **Data nascita** **Sesso:** M ☐ F ☐

Reparto; **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 ☐ No ☐ Sì ☐

Farmaco/i (dal al) **Fallimento:** Non noto ☐ No ☐ Sì ☐

Farmaco/i (dal al) **Fallimento:** Non noto ☐ No ☐ Sì ☐