



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

Test genotipico di resistenza ai farmaci anti CMV: scheda informativa

(da allegare al prelievo)

Cognome Nome Data nascita Sesso: M ☐ F ☐

Divisione; DH; Ambulatorio

Medico richiedente Ospedale.....

Tel e-mail

CMV DNA quantitativo più recente (data di esecuzione, tipologia di campione, IU/ml):

.....

Terapia al momento del test con data di inizio di somministrazione:

.....

Motivazione al test di resistenza:

Breakthrough in corso di terapia ☐

Risposta virologica inadeguata ☐

Valutazione pre-terapia (nei casi previsti) ☐

☐ Altro ☐ specificare:.....

Farmaco verso il quale viene richiesto il test di Resistenza:

Ganciclovir (valganciclovir) ☐

Foscarnet ☐

Cidofovir ☐

Maribavir ☐

Altro:.....

Precedenti terapie anti-CMV: No ☐ Sì ☐

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

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