



Entité d'application : PBP- CHU -  
 Emetteur : PBP - P1A - VIR

METIER\_5062

EN\_LAB\_18\_2952  
 Ind : 02

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Page : 1/2

## 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	
<input type="checkbox"/> Sang total EDTA	Date : .....	Heure : .....
<input type="checkbox"/> Plasma EDTA	Date : .....	Heure : .....
<input type="checkbox"/> Ecouvillon	Date : .....	Heure : .....
Préciser localisation : .....		
<input type="checkbox"/> Humeur oculaire	Date : .....	Heure : .....
<input type="checkbox"/> LBA	Date : .....	Heure : .....
<input type="checkbox"/> Autre	Date : .....	Heure : .....
Préciser : .....		

Nature de l'immunodépression	
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Greffe Date de la greffe : .....
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Cellules souches hématopoïétiques
<input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Poumon
	<input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Autre greffe : .....
	Statut sérologique CMV Donneur Receveur :
	<input type="checkbox"/> D-/R- <input type="checkbox"/> D-/R+ <input type="checkbox"/> D+/R- <input type="checkbox"/> D+/R+

Traitement immunosuppresseur actuel :
.....
.....

Manifestations cliniques et biologie :
Date d'apparition : .....
Manifestations : .....
.....
.....
<input type="checkbox"/> Infection oculaire (préciser) : .....
<input type="checkbox"/> Aucune manifestation (virémie isolée)

