



Concerne l'ABC

 Coller ici l'étiquette  
 Bon de demande  
 sans masquer le prescripteur  
 merci

**REFERENCE POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:**

 N°CelFacBio 3814     Libourne 610012     I. Bergonié 409309  
 C. Perrens 610001     Cadillac 610023     N° autre étab. ext. :

La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses (GBEA 1999)

**Etiquette du malade ou**

Nom d'usage : .....	Cachet du service (UG) .....	Médecin prescripteur : .....
Nom de famille (de naissance) : .....		Préleveur (nom, qualité) : .....
Prénom : .....	Téléphone .....	<b>Date de prélèvement</b> : .....
Sexe : .....		<b>Heure de prélèvement</b> : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....		Incidents survenus lors du prélèvement : .....
N° identification : .....		.....
Ville : ..... CP : .....		.....

Renseignements cliniques obligatoires: .....

 VAESE AES patient exposé J0 1 tube sec gel jaune 7ml      AES patient source COCHER AU VERSO

**BIOLOGIE MOLECULAIRE spécifique VIH**      1 tube EDTA MAUVE 7ml par analyse cochée ou LCR  
 Transport à température ambiante

CONTEXTE :	<input type="checkbox"/> Patient naïf de traitement	<input type="checkbox"/> Arrêt du traitement:	<input type="checkbox"/> Suivi de traitement:
	<input type="checkbox"/> Initiation de traitement	Depuis.....mois	<input type="checkbox"/> Efficace
	<input type="checkbox"/> Grossesse		<input type="checkbox"/> 1er échec thérapeutique
	Protocole:.....		<input type="checkbox"/> Multi-échec thérapeutique
	Suivi AES:.....		<input type="checkbox"/> Toxicité
	Autre:.....		<input type="checkbox"/> Après modification du traitement

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN COURS: .....

VC1	VIH-1- charge virale	Pour prescription génotype: dernière CV:.....c/ml;      date:...../...../.....
-----	----------------------	--

VCIL	VIH-1-charge virale dans le LCR
------	---------------------------------

VRIP3	PCR ADN (Diag.transmission mère/enfant)
-------	---

Génotype Résistance VIH-1 (ARN plasmatique)		Génotype Résistance VIH-1 (ADN proviral)		Génotype Résistance VIH-1 dans le LCR		Toute demande d'UDPS doit être adressée par mail à: <a href="mailto:herve.fleurbaey@chu-bordeaux.fr">herve.fleurbaey@chu-bordeaux.fr</a>
<input type="checkbox"/> VQTIP	RT+Protéase	<input type="checkbox"/> VQTIC	RT+Protéase	<input type="checkbox"/> VQTIL	RT+Protéase	
<input type="checkbox"/> VQIIP	Intégrase	<input type="checkbox"/> VQIIC	Intégrase	<input type="checkbox"/> VQIIL	Intégrase	
<input type="checkbox"/> VQOIP	Tropisme VIH-1	<input type="checkbox"/> VQOIC	Tropisme VIH-1	<input type="checkbox"/> VQOIL	Tropisme VIH-1	
<input type="checkbox"/> VQEIP	Gp41 (T20)	<input type="checkbox"/> VQEIC	Gp41 (T20)	<input type="checkbox"/> VQEIL	Gp41 (T20)	

**BIOLOGIE MOLECULAIRE spécifique HEPATITES**      1 tube EDTA MAUVE 7ml par analyse cochée  
 Transport à température ambiante

TRAITEMENT ANTIVIRAL EN COURS: .....

<input type="checkbox"/> VCB	Hépatite B ADN charge virale	<input type="checkbox"/> VCC	Hépatite C ARN charge virale
<input type="checkbox"/> VQTB	Hépatite B test de résistance	<input type="checkbox"/> VGC	Hépatite C génotypage/séquençage
		<input type="checkbox"/> VPHE	Hépatite E ARN par PCR

**SEROLOGIE**      1 tube sec gel jaune 7ml bien rempli, quel que soit le nombre de sérologies demandées  
 Transport à température ambiante

<input type="checkbox"/> VEI	VIH1+2 sérologie(Ac/Ag p24)	<input type="checkbox"/> VSHA	Hépatite A anticorps totaux	<input type="checkbox"/> VLAC	Bilan Lactarium
<input type="checkbox"/> VEHT	HTLV sérologie	<input type="checkbox"/> VMHA	Hépatite A IgM	<input type="checkbox"/> VMPU	Pumala IgM
<input type="checkbox"/> VEH	Herpès Simplex IgM et IgG	<input type="checkbox"/> VEHB	Hépatite B(Ag HBs+AcHBs+AcHBc)	<input type="checkbox"/> VED	Dengue IgM et IgG
<input type="checkbox"/> VEZ	Varicelle-Zona IgM et IgG	<input type="checkbox"/> VNHBS	Ag HBs	<input type="checkbox"/> VECH	Chikungunya IgM et IgG
<input type="checkbox"/> VEB	Epstein-Barr EBV IgM et IgG	<input type="checkbox"/> VSHBS	Ac HBs	<input type="checkbox"/> VEO	Oreillons IgM et IgG
<input type="checkbox"/> VEC	CMV IgM et IgG	<input type="checkbox"/> VSHBC	Ac HBc	<input type="checkbox"/> VEP	Parvovirus B19 IgM et IgG
		<input type="checkbox"/> VNHBE	Ag HBe	<input type="checkbox"/> VERO	Rougeole IgM et IgG
		<input type="checkbox"/> VSHBE	Ac HBe	<input type="checkbox"/> VERU	Rubeole IgG
		<input type="checkbox"/> VEHC	Hépatite C anticorps		
		<input type="checkbox"/> VEHD	Hépatite Delta IgM+IgG		
		<input type="checkbox"/> VEHE	Hépatite E IgM+IgG	<input type="checkbox"/> VJGR	Patient greffé (sérothèque)

Pour toute autre demande → Merci de contacter le laboratoire de Virologie ☎95510

Autres demandes (après appel du laboratoire).....