

## RICHIESTA DI ESAMI PER FARMACO-RESISTENZA HIV-1<sup>1</sup>

CLASSE DI FARMACI ANTIRETROVIRALI<sup>2</sup>:

MATERIALE<sup>3</sup>:

- INIBITORI DELLA RETROTRASCRIPTASI E  
PROTEASI (cod. 740)
- INIBITORI DELL'INTEGRASI (cod. 6021)
- INIBITORI DELLA FUSIONE (cod. 6022)

- PLASMA                    **2 provette da 7 mL in EDTA**
- PBMC/sangue intero **3 provette da 7 mL in EDTA<sup>3</sup>**
- LIQUOR                    **1 provetta sterile tappo rosso**

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... REPARTO .....

DATA RICHIESTA ..... DATA PRELIEVO<sup>4</sup> .....

BARCODE<sup>4</sup> ..... VIREMIA<sup>4</sup> .....cps/mL

NAIVE                    **TERAPIA**                     NO                     SI                    data inizio prima terapia .....

TERAPIA <sup>5</sup>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>NRTI</b>	<b>AZT</b>	Zidovudina	Retrovir													
	<b>3TC/FTC</b>	Lamivudina/Emtricitabina	Epivir/Emtriva													
	<b>ddI</b>	Didanosina	Videx													
	<b>ddC</b>	Zalcitabina	Hivid													
	<b>d4T</b>	Stavudina	Zerit													
<b>ABC</b>	<b>ABC</b>	Abacavir	Ziagen													
	<b>NtRTI</b>	<b>TDF</b>	Tenofovir	Viread												
	<b>NNRTI</b>	<b>NVP</b>	Nevirapina	Viramune												
		<b>EFV</b>	Efavirenz	Sustiva												
		<b>DLV</b>	Delavirdina	Rescriptor												
<b>PI</b>	<b>TMC-125</b>	Etravirina	Intelence													
	<b>RPV</b>	Rilpivirina	Edurant													
	<b>IDV</b>	Indinavir	Crixivan													
	<b>RTV</b>	Ritonavir	Norvir													
	<b>SQV</b>	Saquinavir	Invirase/Fortovase													
	<b>NFV</b>	Nelfinavir	Viracept													
	<b>APV/FPV</b>	Amprenavir/Fosamprenavir	Agenerase/Telzir													
	<b>LPV</b>	Lopinavir	Kaletra													
	<b>ATV</b>	Atazanavir	Reyataz													
	<b>TPV</b>	Tipranavir	Aptivus													
<b>DRV</b>	<b>DRV</b>	Darunavir	Prezista													
	<b>rtv_booster</b>	Ritonavir	Norvir													
	<b>I Fusione</b>	<b>T20</b>	Enfuvirtide	Fuzeon												
<b>I Integrasi</b>	<b>RAL</b>	Raltegravir	Isentress													
<b>CCR5Antagonisti</b>	<b>MRV</b>	Maraviroc	Celsentri													
<b>ALTRO</b>																

**OSSERVAZIONI DA PARTE DEL CLINICO**

.....

**NOME IN STAMPATELLO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Si prega di inviare richieste dettagliate.

<sup>2</sup> Barrare il tipo di esame richiesto. E' possibile richiedere più di un tipo di esame sullo stesso prelievo.

<sup>3</sup> Barrare il tipo di materiale sul quale eseguire il test (se **SANGUE INTERO**, barrare **PBMC**)

<sup>4</sup> Compilare soltanto nel caso in cui la data del prelievo sia diversa dalla data della richiesta del test di resistenza.

<sup>5</sup> Compilare i regimi di combinazione barrando i farmaci corrispondenti.

<sup>6</sup> Non si accettano richieste prive di nome e firma del medico richiedente.