



GENOTYPISCHE RESISTENZBESTIMMUNG – HIV-1

MATERIAL: 2 X 7ML EDTA-BLUT

PATIENTENDATEN:

Name: _____	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Vorname: _____	Datum der Blutabnahme: _____
Geburtsdatum: _____	letzte Viruslast/Datum: _____
	letzte CD4-Zahl/Datum: _____

KLINISCHE EINSTUFUNG:

<input type="checkbox"/> therapie-naiv	<input type="checkbox"/> Therapieunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> compliant
<input type="checkbox"/> Therapieversager	<input type="checkbox"/> Therapiepause	<input type="checkbox"/> non-compliant

AKTUELLE THERAPIE:

NRTIs/NtRTI		PIs		Kombipräparate	
<input type="checkbox"/> AZT	<i>Retrovir</i>	<input type="checkbox"/> FPV	<i>Telzir</i>	<input type="checkbox"/> <i>Combivir</i>	AZT+3TC
<input type="checkbox"/> ddi	<i>Videx</i>	<input type="checkbox"/> IDV	<i>Crixivan</i>	<input type="checkbox"/> <i>Trizivir</i>	AZT+3TC+ABC
<input type="checkbox"/> d4T	<i>Zerit</i>	<input type="checkbox"/> NFV	<i>Viracept</i>	<input type="checkbox"/> <i>Kivexa</i>	3TC+ABC
<input type="checkbox"/> 3TC	<i>Epivir</i>	<input type="checkbox"/> SQV	<i>Invirase</i>	<input type="checkbox"/> <i>Truvada</i>	FTC+TDF
<input type="checkbox"/> FTC	<i>Emtriva</i>	<input type="checkbox"/> LPV	<i>Kaletra</i>	<input type="checkbox"/> <i>Atripla</i>	FTC+TDF+EFV
<input type="checkbox"/> ABC	<i>Ziagen</i>	<input type="checkbox"/> ATV	<i>Reyataz</i>	<input type="checkbox"/> <i>Eviplera</i>	FTC+TDF+RPV
<input type="checkbox"/> TDF	<i>Viread</i>	<input type="checkbox"/> DRV	<i>Prezista</i>	<input type="checkbox"/> <i>Stribild</i>	FTC+TDF+EVG+COBI
		<input type="checkbox"/> TPV	<i>Aptivus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Triumeq</i>	3TC+ABC+DTG
		<input type="checkbox"/> rtv	<i>Norvir</i>	<input type="checkbox"/> <i>Descovy</i>	TAF+FTC
				<input type="checkbox"/> <i>Odefsey</i>	TAF+FTC+RPV
				<input type="checkbox"/> <i>Genvoya</i>	TAF+FTC+EVG+COBI
NNRTIs		INIs		EIs	
<input type="checkbox"/> EFV	<i>Sustiva</i>	<input type="checkbox"/> RAL	<i>Isentress</i>	<input type="checkbox"/> ENF (T20)	<i>Fuzeon</i>
<input type="checkbox"/> NVP	<i>Viramune</i>	<input type="checkbox"/> EVG	<i>Vitekta</i>	<input type="checkbox"/> MVC	<i>Celsentri</i>
<input type="checkbox"/> ETR	<i>Intelligence</i>	<input type="checkbox"/> DTG	<i>Tivicay</i>		
<input type="checkbox"/> RPV	<i>Edurant</i>				

THERAPIEHISTORIE, KUMULATIV (alle antiretroviralen Medikamente bisher):

<input type="checkbox"/> NRTIs/NtRTI: _____
<input type="checkbox"/> NNRTIs: _____
<input type="checkbox"/> PIs: _____
<input type="checkbox"/> INIs: _____
<input type="checkbox"/> EIs: _____

PRIORITÄT DER ANALYSEN

<input type="checkbox"/> DRINGEND (Minoritäten werden nicht berücksichtigt)
--

ANFORDERUNG DER RESISTENZ-/TROPISMUSBESTIMMUNG:

<input type="checkbox"/> Protease und Reversen Transkriptase (NRTIs/NNRTIs/PIs)
<input type="checkbox"/> Integrase (INIs)
<input type="checkbox"/> Korezeptorbestimmung / Tropismusanalyse / V3-Analyse (MVC, Celsentri®)
<input type="checkbox"/> gp41 (ENF/T20, Fuzeon®)

Datum, Unterschrift u. Stempel des Auftraggebers _____