

Adresse

Service de Virologie
Bâtiment CERVI (5^e étage)
Hôpital Pitié-Salpêtrière
83 boulevard de l'hôpital
75651 PARIS cedex 13

Contacts

Dr David Boutolleau - Tel : 01 42 17 72 89

Courriel : david.boutolleau@aphp.fr

Dr Sonia Burrel - Tel : 01 42 17 74 02

Courriel : sonia.burrel@aphp.fr

Secrétariat - Tel : 01 42 17 74 01

Fax : 01 42 17 74 11

Courriel : cnr-herpesvirus.virologie-psl@aphp.fr

RECHERCHE DE RESISTANCE GENOTYPIQUE DU CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AUX ANTIVIRAUX

Séquençage des gènes UL97 (phosphotransférase) et UL54 (ADN polymérase)

Séquençage des gènes UL56 et UL89 (complexe terminase)

PRESCRIPTEUR

Prescripteur :
Service :
Hôpital :
Adresse :
Téléphone : Fax :
Courriel professionnel : (envoi des résultats)

PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Sexe : ☐ M ☐ F
Immunodépression : ☐ Aucune ☐ Greffe ☐ VIH ☐ Autre :
Type de greffe : ☐ Cellules souches hématopoïétiques ☐ Rein ☐ Foie ☐ Cœur ☐ Poumon
☐ Autre :
Date de greffe : ____ / ____ / ____
Statut sérologique CMV Donneur/Receveur : ☐ D⁻/R⁻ ☐ D⁻/R⁺ ☐ D⁺/R⁺ ☐ D⁺/R⁻
Traitement immunosuppresseur :
.....
.....

MANIFESTATIONS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'INFECTION PAR LE CMV

- ☐ Manifestations clinico-biologiques :
.....
Date d'apparition : ____ / ____ / ____
☐ Aucune (virémie isolée)

TRAITEMENT ANTIVIRAL

Traitement prophylactique :

- Valaciclovir (*Zelitrex*®) ☐ Posologie : Dates :
Valganciclovir (*Rovalcyte*®) ☐ Posologie : Dates :

Traitement curatif :

- Ganciclovir (*Cymévan*®) ☐ Posologie : Dates :
Valganciclovir (*Rovalcyte*®) ☐ Posologie : Dates :
Foscarnet (*Foscavir*®) ☐ Posologie : Dates :
Cidofovir (*Vistide*®) ☐ Posologie : Dates :
Létermovir (*Prévymis*®) ☐ Posologie : Dates :
Maribavir (*Livtencity*®) ☐ Posologie : Dates :
Artésunate ☐ Posologie : Dates :

Traitement d'entretien :

Autre :

EVOLUTION DES CHARGES VIRALES CMV SOUS TRAITEMENT ANTIVIRAL

Date	Antiviral	Type de prélèvement	Charge virale

PRELEVEMENT(S) ENVOYE(S) POUR RECHERCHE DE RESISTANCE DU CMV AUX ANTIVIRAUX

Date et heure de prélèvement : le ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Nature du(des) prélèvement(s) :

- ☐ Sang total ou plasma (1 tube EDTA de 5 à 7 mL)
☐ Autre (préciser nature et localisation) :
☐ Souche (Préciser le site d'isolement) :
☐ Extrait d'ADN (préciser prélèvement d'origine) :

Acheminement du(des) prélèvement(s) :

Prélèvement(s) biologiques(s) : +4°C (délai < 24h) ou -80°C (délai > 24h)
Souche virale : -80°C