Centre National de Référence Herpèsvirus (laboratoire associé)

Service de Virologie

Hôpitaux Universitaires La Pitié-Salpêtrière – Charles Foix

Dr David BOUTOLLEAU et Dr Sonia BURREL



Adresse

Service de Virologie
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Bâtiment CERVI (5e étage)
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 77 01
Fax : 01 42 17 77 11

RECHERCHE DE RESISTANCE GENOTYPIQUE

DES VIRUS HERPES SIMPLEX (HSV) AUX ANTIVIRAUX

Séquençage des gènes UL23 (thymidine kinase) et UL30 (ADN polymérase)

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 : ___ /___ /_____
Traitement immunosuppresseur : .....
.....
.....

MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'INFECTION A HSV

Date d'apparition : ___ /___ /_____

□ Herpès oral □ Herpès génital □ Autre : ……

Localisation : ……

Type de lésion : ……

TRAITEMENT ANTIVIRAL

Traitement prophylactique :

Valaciclovir *(Zelitrex®)* □ Posologie : …… Dates : ……

Traitement curatif :

Aciclovir *(Zovirax®)* □ Posologie : …… Dates : ……

Valaciclovir *(Zelitrex®)* □ Posologie : …… Dates : ……

Foscarnet *(Foscavir®)* □ Posologie : …… Dates : ……

Cidofovir *(Vistide®)* □ Posologie : …… Dates : ……

Aménamévir □ Posologie : …… Dates : ……

Pritélivir □ Posologie : …… Dates : ……

Traitement d'entretien : ……

Autre : ……

RESULTATS DES RECHERCHES VIRALES SOUS TRAITEMENT ANTIVIRAL

Date	Antiviral	Type de prélèvement	Résultat PCR / Culture

PRELEVEMENT(S) ENVOYE(S) POUR RECHERCHE DE RESISTANCE DES HSV AUX ANTIVIRAUX

Date et heure de prélèvement : le ___ /___ /_____ à ___ h___

Nature du(des) prélèvement(s) :

□ Prélèvement cutanéo-muqueux (préciser localisation) : ……

□ Autre (préciser nature et localisation) : ……

□ Souche (Préciser le site d'isolement) : ……

Typage HSV : □ HSV-1 □ HSV-2 □ HSV non typé

Acheminement du(des) prélèvement(s) :

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

Souche virale : -80°C