

PATIENT

IPP :
 NOM :
 Prénom :
 DDN :
 Sexe :

SERVICE

Hôpital :
 UH :

PRESCRIPTEUR

NOM :
 Prénom :

PRELEVEUR

NOM :
 Prénom :



HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-SEINE-SAINT-DENIS - HOPITAL AVICENNE

Service de Microbiologie Clinique – Pr Brigitte LAMY

Tél : 01.48.95.56.11 - Fax : 01.48.95.59.11

Date de
prélèvement

J	J	M	M	A	A

Heure de
prélèvement

H	H	M	M

Téléphone Service :

*Réservé
Virologie*

1 tube nécessaire/analyse – Nature du prélèvement : ☐ Plasma EDTA ☐ Sérum

VIROLOGIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE

☐

Quantification de l'ARN du virus de l'hépatite delta (VHD)

☐

Génotypage du virus de l'hépatite delta (VHD)

A remplir pour toute première demande, ou en cas de changement

Renseignements :

Pays de naissance : _____ Année d'arrivée en France : _____

Mode de contamination présumé, date : _____

Co-infections : VIH ☐ VHC ☐

Hépatite aiguë ☐ chronique ☐ IgG anti-VHD positives ☐

Traitements :

Traitement anti-VHB : _____ Début : __/__/__ Arrêt : __/__/__

Traitement anti-VHD :

Bulevirtide : _____ Début : __/__/__ Arrêt : __/__/__

Interféron alpha pegylé : _____ Début : __/__/__ Arrêt : __/__/__

Autre : _____ Début : __/__/__ Arrêt : __/__/__

Patient inclus dans un protocole :

Hepdelta ☐ Autre : _____