

Labor Dr. med. Knechten

Diagnostisches Labor
Schwerpunkt: HIV und Hepatitis - Viren
Blondelstr 9
52062 Aachen
www.labor-knechten.de
Telefon 0241-4709713
Fax 0241-408 652



Anforderungsschein

Genotypische HIV-1 Resistenztestung

Patienten/in

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Entnahmedatum:..... Uhrzeit:

Praxisstempel

.....
DATUM, UNTERSCHRIFT ARZT

HIV-1 Genbereiche

Reverse Transkriptase und Protease

Integrase

andere

Bitte denken Sie bei Kassenpatienten an einen entsprechenden Überweisungsschein! Hier bitte die gewünschten Anforderungen einzeln auflisten.

Material

2 x 7 ml EDTA-Vollblut (Raumtemperatur, nicht älter als 24 h)
oder **3 x 2 ml EDTA-Plasma** (gefroren oder bei Raumtemperatur)

aktuelle Viruslast _____ Kopien/ml von dem BA-Datum: _____

Wir empfehlen mit der Anforderung der genotypischen Resistenzanalyse uns zeitnah die aktuelle HIV-Viruslast mitzuteilen. Oder senden Sie uns eine zusätzliche Anforderung für eine Virusquantifikation in unserem Labor unmittelbar vor der genotypischen Resistenztestung zu.

therapienaiv? ja nein

Therapiebeginn	Antivirale Therapie	Vermuteter Grund der Virämie unter ART	HI-Viruslast je <50 Kopien/ml?
	aktuelle Therapie	<input type="checkbox"/> virologisches Versagen <input type="checkbox"/> Adhärenzproblematik <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
alle vorherigen ART-Medikamente (fakultativ):			

Probenannahme im Labor Aachen (Datum /MA): _____