



RICHESTA TEST FARMACORESISTENZA HCV

*CAMPI OBBLIGATORI

Codice Paziente* _____ Iniziale Nome _ _ _ Iniziale Cognome _ _ _

Nato il* _____ Nato a: _____ Nazionalità*:

Data prelievo* _____ Provenienza centro*:

Medico richiedente* _____ tel*: _____ email*: _____

- INDAGINE RICHIESTA*:
- Test di resistenza regione NS3 di HCV
 - Test di resistenza regione NS5A di HCV
 - Test di resistenza regione NS5B di HCV
 - Genotipo mediante analisi filogenetica HCV

TIPOLOGIA DEL CAMPIONE DA INVIARE: SIERO O PLASMA

NOTIZIE ANAMNESTICHE Sesso*: maschio femmina transgender

Patologia epatica*:

epatite cronica cirrosi (metavir F4) Classe CTP _____ HCC
Trapianto epatico Fibrosi (kPa/Metavir) _____

Genotipo (e sottotipo se noto) HCV*: _____

Genotipo IL-28B (rs12979860): _____

FATTORE DI RISCHIO*: _____ DATA PRIMA POSITIVITA': _____

In caso di tossicodipendenza specificare se attiva o pregressa

Stato siero/virologico*

Anti-HIV*: pos ; neg ; ignoto

HBsAg*: pos ; neg ; ignoto

HBcAb*: pos ; neg ; ignoto

	Pre-terapia * Data --/--/----	Fine terapia * Data --/--/----	Fallimento* Data --/--/----	Contestuale * Data --/--/----
HCV-RNA* (UI/ml)				
ALT/AST (U/ml)				

Terapia antivirale effettuata*:

IFN+riba* si ; no ; ignoto

IFN+riba+DAA* si ; no specificare DAA _____ da _____ a _____

IFN-free regimen*: si ; no specificare regime _____ da _____ a _____

Tipo risposta: relapse non responder breakthrough

IFN-free regimen*: si ; no specificare regime _____ da _____ a _____

Tipo risposta: relapse non responder breakthrough

Note _____

N.B. Genotipo e viremia HCV sono essenziali per il processamento del campione.

Data

Medico richiedente