



Dr David Boutolleau

Tel : 01 42 17 72 89

Fax : 01 42 17 74 11

Courriel : david.boutolleau@psl.aphp.fr

Dr Sonia Burrel

Tel : 01 42 17 74 02

Fax : 01 42 17 74 11

Courriel : sonia.burrel@psl.aphp.fr

RECHERCHE DE RESISTANCE GENOTYPIQUE

DU CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AUX ANTIVIRAUX

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

PRESCRIPTEUR

Prescripteur :
Service :
Hôpital :
Adresse :
Téléphone :
Courriel : (pour 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 A CMV

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

TRAITEMENT ANTIVIRAL

Traitement prophylactique :

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------|
| Valaciclovir (<i>Zelitrex</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Valganciclovir (<i>Rovalcyte</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Autre : | ☐ | Posologie : | Durée : |

Traitement curatif :

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------|
| Ganciclovir (<i>Cymévan</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Valganciclovir (<i>Rovalcyte</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Foscarnet (<i>Foscavir</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Cidofovir (<i>Vistide</i> ®) | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Maribavir | ☐ | Posologie : | Durée : |
| Autre : | ☐ | Posologie : | Durée : |

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 de prélèvement : ____ / ____ / _____

Nature du prélèvement :

Pour les prélèvements sanguins, envoyer un tube de sang total prélevé sur EDTA

- ☐ Prélèvement biologique

Nature :

Localisation :

- ☐ Souche virale

Site d'isolement :