Universität Zürich
Institut für Medizinische Virologie
Nationales Zentrum für Retroviren

Winterthurerstrasse 190
CH-8057 Zürich

Tel. 044 634 3808 Fax 044 634 2683 http://www.virology.uzh.ch/services.html

Pädiatrische HIV-Untersuchung
Analyse VIH Pédiatrique

Auftraggeber/Demandeur

Behandelnder Arzt /
Médecin traitant:

Telefon:

Adresse Auftraggeber/
Adr. du demandeur:

☐ Befund/Résultats via Fax :

☐ Kopie Untersuchungsbericht an / Copie à:

Patienten-Angaben / Identification du Patient / Etiquette:

Name/ nom	
Vorname/ Prénom:	
Geburtsdatum/ Date de naissance	Geschlecht/ Sexe: m / f
Strasse u. Nr./ Adresse	
PLZ+Wohnort/ Code postal + Localité	

Behandlung/ Traitement:	☐ ambulant/ ambulatoire	☐ stationär/ hospitalier		
Einsendegrund/ Clinique	☐ Krankheit/ maladie	☐ Unfall/ accident	☐ SS/ grossesse	☐ Prävention/ prévention
Rechnung an/ à facurer au:	☐ Auftraggeber/ Demandeur	☐ Patient	☐ KK / Invalidenversicherung / Caisse-maladie / Assur.-invalidité	

Kasse / IV-Stelle /
Caisse / Office AI:

Adresse:

Versicherungsnummer Pat. /
Numéro d'asséc. patient:

Bei unvollständiger Patientenadresse und fehlender Krankenkassen-Information geht die Rechnung an den Auftraggeber ! / La facture sera envoyée au demandeur si l'adresse du patient ou les données concernant la caisse-maladie sont incomplètes !

DATUM und Zeit Materialentnahme / DATE et L'HEURE du prélèvement:

h

Klinische Angaben / MOCHIV Status (bitte ankreuzen):

☐ Kind ist in **MOCHIV** — Plasma und Zellen archivieren!
Enfant est en **MOCHIV** — archiver le plasma et les cellules!

☐ HIV-1 **exponiert/exposé** ☐ HIV-1 **infiziert/infecté**

☐ HIV-2 **exponiert/exposé** ☐ HIV-2 **infiziert/infecté**

Versandpackung /Emballage:

☐ Bitte senden Sie uns eine neue Versandpackung / Veuillez nous envoyer un nouvel emballage s.v.p.

[Interner Vermerk NZR]
erhaltenes Material:

Gewünschte Untersuchungen (Punkte oder Kolonne bitte EINKREISEN / indiquer les analyses demandées en marquant les points**):**

Programm A. *Diagnostische Untersuchungen (Pädiatrisches HIV-Screening / Dépistage VIH)*

Test	1 Monat	2 Mte.	6 Mte.	24 Mte.	
HIV-1/HIV-2 Differenzierung per Inno-Lia	●			●	(4.Gen. Screeningtest)
PCR für HIV-1 RNA bzw. *HIV-2 DNA	●	●	●		

Programm B. *Bestätigung und Follow-up von Kindern mit mindestens 1 positiven Virustest / Confirmation & Follow-up*

Test	Probe zur **Bestätigung** eines positiven Erstbefundes	weitere Proben **Follow-up** Test (alle 3-6 Mte.)
Viral Load HIV-1 (RT-PCR) oder HIV-2 (PERT Assay)	●	●
Genetischer Resistenztest, HIV-1 oder *HIV-2	●	

** = nicht akkreditierter Test*

Spezielle Fragestellung / Demande spéciale:

Materialentnahme und Versand:

- 2.5-7 ml EDTA-Blut steril. Für die Untersuchungen wird **minimal 0.5 ml Plasma** benötigt — für MOCHIV-PatientInnen wird das restliche Material für die **SHCS-MOCHIV** Studie archiviert!).
- Entnahme in EDTA-Vacutainer (lila Stopfen) aus unserer Versandpackung. Der Stopfen muss mit Nadel perforiert und darf keinesfalls entfernt werden (Sterilität!). Versandpackungen mit Vacutainern können gratis angefordert werden (Tel. 044-634-2931).
- **Versand per A-POST ("Luna-Express") — KEINE ENTNAHMEN UND EINSENDUNGEN AM FREITAG UND VOR FEIERTAGEN!**

PRISE DES MATERIELS ET ENVOI:

- 2.5-7 ml de sang EDTA stérile — il faut **au moins 0.5 ml de plasma** pour les analyses. Pour les enfants participants en MOCHIV, tout matériel pas usé sera archivé pour l'étude SHCS-MOCHIV.
- Collection dans les Vacutainers EDTA ou, resp. Vacutainers CPT ™, dans nos emballages de transport. Le bouchon doit être perforé par l'aiguille et ne doit en aucun cas être retiré (stérilité!). Les emballages pour le transport contenant les Vacutainers peuvent être obtenus gratuitement sur demande téléphonique : **044-634-2931**.
- Envoi **par COURRIER ("Luna-Express")** — SVP, PAS DE PRISES DE SANG OU ENVOI LES VENDREDIS ET LA VEILLE DES FÊTES!