



Pädiatrische HIV-Untersuchung Analyse VIH Pédiatrique

Auftraggeber/Demandeur

Behandelnder Arzt/
 Médecin traitant: _____

Telefon / Téléphone: _____ / _____

Befund/Résultats via Fax _____ / _____

Bitte hier Adressetikette aufkleben / Collez votre étiquette d'adresse, s.v.p.

Kopie Untersuchungsbericht an/
 Copie des résultats à: _____

Patienten-Angaben / Identification du Patient / Etiquette:

Name/
 Nom: _____

Vorname/
 Prénom: _____

Geburtsdatum/
 Date de naissance: _____ Geschlecht/
 Sexe: m/ f _____

Adresse: _____

PLZ+Wohnort/
 Code postal +
 Localité: _____

Kanton/Canton: _____

**Behandlung/
 Traitement:** ambulant/
 ambulatoire stationär/
 hospitalier

**Behandlungsklasse/
 Classe du traitement:** privat/
 privé halbprivat/
 semi-privé allgemein/
 général

Rechnung an/à facturer au: Auftraggeber/
 Demandeur Patient
 Krankenkasse / Invalidenversicherung / Caisse-maladie / Assurance-invalidité:

Kasse / IV-Stelle/
 Caisse / Office AI: _____

Adresse: _____

Versicherungsnr. Patient /
 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 HEURE du prélèvement:

_____ . _____ h

Klinische Angaben (bitte ankreuzen):

- HIV-1 exponiert HIV-1 infiziert
 HIV-2 exponiert HIV-2 infiziert

Versandpackung /Emballage:

- Bitte senden Sie uns eine neue Versandpackung /
 Veuillez nous retourner un emballage s.v.p.

Gewünschte Untersuchungen (Punkte oder Kolonne bitte EINKREISEN):

Programm A. Diagnostische Untersuchungen (Pädiatrisches HIV-Screening)

Test	1 Monat	2 Mte.	6 Mte.	24 Mte.
HIV-1/HIV-2 Differenzierung per Inno-Lia	●			●
HIV-1 p24 Antigen ultrasensitiv, inkl. Dissoziation	●	●	●	
PCR für HIV-1 RNA bzw. HIV-2 DNA	●	●	●	

Programm B: Bestätigung und Follow-up von Kindern mit mindestens 1 positiven Virustest

Test	Probe zur Bestätigung eines positiven Erstbefundes	weitere Proben Follow-up Test (alle 3-6 Mte.)
HIV-1 p24 Antigen ultrasensitiv, QUANTITATIV	●	●
PCR für HIV-RNA (Viral Load; HIV-1 oder HIV-2)	●	●
Genetischer Resistenztest, HIV-1 oder HIV-2	●	

Spezielle Fragestellung:

Materialentnahme und Versand:

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