



Test génotypique de résistance du Cytomégalovirus (CMV) aux antiviraux
Séquençage des gènes UL97 (phosphotransférase) et UL54 (ADN Polymérase)

Nom, Prénom:	Prescripteur:
Date de naissance:	Service:
Sexe: M ☐ F ☐	Hôpital:

<u>Date et heure de prélèvement</u> __/__/____	<u>Type de prélèvement</u> ☐ Plasma (tube EDTA) ☐ Autres (biopsie, LBA,...) _____
---	--

<u>Immunodépression</u>	☐ Aucune	☐ VIH	☐ Autre: _____
	☐ Greffe (à renseigner)		
	Date: __/__/____	Type:	
	Statut sérologique CMV Donneur/Receveur: D+/R- ☐ D+/R+ ☐ D-/R+ ☐ D-/R- ☐		

Traitement immunosuppresseur (à renseigner)

Manifestations clinico-biologiques de l'infection à CMV (à renseigner)

Date de début des signes : _____

Symptomatologie : _____

Traitement antiviral actuel:

Date de début du traitement __/__/____

Molécule utilisée ☐ **Ganciclovir**
☐ **Valganciclovir**
☐ **Foscarnet**
☐ **Cidofovir**
☐ **Autres:** _____

Posologie : _____

Historique des traitements antiviraux précédents (prophylactique ou curatif)

Evolution des charges virales CMV sous traitement
(pour les patients non suivis au CHU)

Date de réalisation	Nature du prélèvement	Charge virale CMV