

### Adresse

Service de Virologie  
Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Bâtiment CERVI (5<sup>e</sup> étage)  
83 boulevard de l'hôpital  
75651 PARIS cedex 13

### Contacts

**Dr David Boutolleau - Tel :** 01 42 17 72 89

**Courriel :** [david.boutolleau@aphp.fr](mailto:david.boutolleau@aphp.fr)

**Dr Sonia Burrel - Tel :** 01 42 17 74 02

**Courriel :** [sonia.burrel@aphp.fr](mailto:sonia.burrel@aphp.fr)

**Secrétariat - Tel :** 01 42 17 74 01

**Fax :** 01 42 17 74 11

**Courriel :** [cnr-herpesvirus.virologie-psl@aphp.fr](mailto:cnr-herpesvirus.virologie-psl@aphp.fr)

## RESISTANCE GENOTYPIQUE DU VIRUS DE LA VARICELLE ET DU ZONA (VZV) AUX ANTIVIRAUX

*Séquençage des ORF36 (thymidine kinase) et ORF28 (ADN polymérase)*

*Séquençage des ORF55 et ORF6 (complexe hélicase-primase)*

### PRESCRIPTEUR

Prescripteur : .....  
Service : .....  
Hôpital : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....  
Courriel professionnel : ..... (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 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Traitement immunosuppresseur : .....  
.....  
.....

### MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'INFECTION PAR LE VZV

Date d'apparition : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Varicelle       Zona       Autre : .....

Localisation : .....

Type de lésion: .....

### TRAITEMENT ANTIVIRAL

#### Traitement prophylactique :

Valaciclovir (*Zelitrex*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

#### Traitement curatif :

Aciclovir (*Zovirax*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

Valaciclovir (*Zelitrex*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

Foscarnet (*Foscavir*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

Cidofovir (*Vistide*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

Aménamévir (*Amenalief*<sup>®</sup>)       Posologie : ..... Dates : .....

Traitement d'entretien : .....

Autre : .....

### RESULTATS DES RECHERCHES VIRALES SOUS TRAITEMENT ANTIVIRAL

Date	Antiviral	Type de prélèvement	Résultat PCR (Ct)

### PRELEVEMENTS ENVOYES POUR RECHERCHE DE RESISTANCE DU VZV AUX ANTIVIRAUX

Date et heure de prélèvement : le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

#### Nature des prélèvements :

Prélèvement cutanéomuqueux (préciser localisation) : .....

Autre (préciser nature et localisation) : .....

Souche (préciser site d'isolement) : .....

Extrait d'ADN (préciser prélèvement d'origine) : .....

#### Acheminement des prélèvements :

Prélèvements biologiques : +4°C (délai < 24h) ou -80°C (délai > 24h)

Souche virale : -80°C

Extrait d'ADN : +4°C