



Auftrag für retrovirologische Untersuchungen

Auftraggeber

Behandelnder Arzt

Telefon

Adresse Auftraggeber

 /

Befund per Fax senden

Kopie Untersuchungsbericht an

 /

Patienten-Angaben / Klebeetikette:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: m / w _____

Strasse u. Nr.:

PLZ Wohnort:

AHV-Nummer:

Behandlung ambulant stationär teilstationär
Einsendegrund Krankheit Unfall Schwangerschaft
Rechnung an Auftraggeber Patient KK / Invalidenversicherung

Kasse / IV-Stelle:

Adresse:

Versicherungsnummer Pat.

Untersuchungsmaterial:

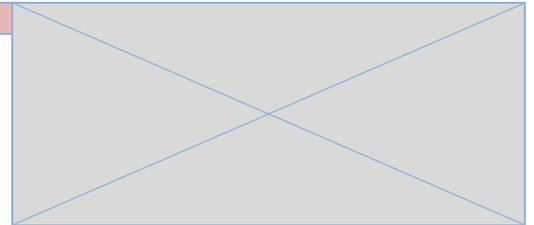
Nativblut/Serum EDTA-Blut/Plasma Liquor anderes: _____

Datum Materialentnahme:

Zeit der Entnahme:

___ neue Versandpackung(en) zusenden ___ personalisierte Auftragsformulare zusenden

Diagnostisches Problem - gewünschte Untersuchungen



Gewünschtes bitte ankreuzen; für die pädiatrische HIV-Diagnostik das pädiatrische Formular verwenden!

HIV-Diagnostik

A. HIV-Screening inklusive Bestätigung gemäss HIV-Testrichtlinie **Material**
 HIV-1/2 Screening 5. Generation (Antikörper + p24 Antigen) EDTA-Plasma oder Serum, 2-3 mL

B. HIV-Bestätigung oder Verifizierung gemäss HIV-Testrichtlinie
 Line Immunoassay HIV-1 & HIV-2 HIV-RNA, erstmalige Viruslast HIV-Resistenztest PR+RT HIV-Resistenztest IN
 EDTA-Blut 7–10 mL oder EDTA-Plasma 2–3 mL

C. HIV Genetische Resistenztestung & Korezeptor-Tropismus CCR5/CXCR4 aus Blutplasma (Standard) aus Zellen (Provirus)
 HIV-1 PR+RT (= Standard) Neu diagnostiziert vor 1. Therapie vor Rescue-TX / Umstellung
 HIV-1 Integrase (= Standard) KohortenpatientIn ja — bitte Koh.-Nr. auf der Rückseite angeben! nein
 HIV-1 Env/TM (nur nach Rücksprache!) Viruslast aktuell cc/mL am (Datum)
 HIV-1 Tropismus CCR5/CXCR4 vorherige Viruslast cc/mL am (Datum)
 HIV-2 PR+RT*
 Gegenwärtige Therapie: Keine NRTI NNRTI PI INSTI Korezeptor-Antagonist Andere _____

D. Viruslast bei gesicherter HIV Infektion
 HIV-1 RNA Viruslast Kopien/mL HIV-2 RNA Viruslast Kopien/mL* EDTA-Blut 7–10 mL oder EDTA-Plasma 2–3 mL oder Liquor 1-2 mL
 Viruslast HIV-1 oder HIV-2 mittels PERT (Test für Reverse Transcriptase), quantitativ

E. Einzeltests HIV
 HIV-1/2 Screening 5. Generation HIV-1 + HIV-2 Line Immunoassay HIV-1 p24 Antigen (ohne Dissoziat.) EDTA-Plasma (Serum) ≥1 mL
 HIV-1 DNA PCR* HIV-1 Gruppe O DNA-PCR* HIV-2 DNA PCR* EDTA-Blut 7–10 mL
 HIV-1 DNA MEGA-PCR high-input* HIV-2 DNA MEGA-PCR high-input* EDTA-Blut **3 x 10 mL (!!!)**
 HIV-1 RNA-PCR, qualitativ (in house)* HIV-1 Gruppe O RNA-PCR* HIV-2 RNA-PCR, quantitativ* EDTA-Blut 7–10 mL oder EDTA-Plasma 2–3 mL
 Reverse Transcriptase mittels PERT, quantitativ

F. HIV-Aktualität («Recency»): gemäss HIV-Testrichtlinie sind Proben bestätigter Fälle ans NZR weiterzuleiten **Material**
 HIV-Aktualität ("Recency") bei bestätigter Infektion EDTA-Plasma (Serum) ≥0.5 mL

HTLV-1/2 Diagnostik

HTLV-1 & HTLV-2 Antikörper Screening HTLV-1 & HTLV-2 Antikörper Bestätigung/Typisierung mit Line-Immunoassay EDTA-Plasma (Serum) ≥1 mL
 HTLV-1 DNA-PCR, qualitativ* HTLV-1 DNA-PCR, quantitativ* HTLV-2 DNA-PCR, qualitativ* EDTA-Blut 7–10 mL

Andere Retroviren

Screening andere Retroviren mittels PERT (detektiert alle Retroviren) EDTA-Plasma 2–3 mL

* = nicht-akkreditierter Test

Dem NZR stehen weitere, nicht-akkreditierte, Analysen zum Nachweis retroviraler Infektionen zur Verfügung. Diese werden nur in speziellen Situationen und nur im Bedarfsfall auf Vereinbarung durchgeführt. Das vollständige kommentierte NZR-Analysenverzeichnis und Erklärungen zu den einzelnen Tests können unter <https://www.virology.uzh.ch/de/services/VirusAnalysenID.html> eingesehen werden.

MATERIALENTNAHME UND VERSAND: 10 ml EDTA-Blut (MEGA-PCR: 30 ml) reicht für alle Untersuchungen

- Entnahme in EDTA-Vacutainer aus unserer Versandpackung. Stopfen muss mit Nadel perforiert und darf keinesfalls entfernt werden (Sterilität!). Pendelpackungen mit Vacutainern können gratis angefordert werden (Tel. **044 634 29 31**).
- Versand per **A POST ("Luna Express")** — KEINE ENTNAHMEN UND EINSENDUNGEN AM FREITAG UND VOR FEIERTAGEN!

Bitte hier die SHCS Kohortennummer angeben: