



Einsender:

Patientendaten:

Genotypische Resistenzbestimmung – HBV *

Material: 3 ml EDTA-Blut (HBV-DNA $\geq 10^3 - 10^4$ cop/ml)

Zus. Daten:

HBVeAg: pos neg HBV-DNA: _____

Klinische Einstufung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> therapienaiv (Nukleo(s)t)id-Analoga, auch HIV | <input type="checkbox"/> compliant |
| <input type="checkbox"/> therapienaiv (Interferon) | <input type="checkbox"/> non-compliant |
| <input type="checkbox"/> Therapieversager (Nukleo(s)t)id-Analoga | <input type="checkbox"/> HIV+ |
| <input type="checkbox"/> Therapieversager (Interferon) | <input type="checkbox"/> HCV+ |

Therapiehistorie, kumulativ (alle antiviralen Medikamente bisher):

- | HBV-Therapie enthält: | HIV-Therapie enthält: | HCV-Therapie enthält: |
|---|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LAM (Zeffix®) | <input type="checkbox"/> 3TC | <input type="checkbox"/> Ribavirin |
| <input type="checkbox"/> ADV (Hepsera®) | <input type="checkbox"/> FTC | <input type="checkbox"/> PEG-Interferon |
| <input type="checkbox"/> ETV (Baraclude®) | <input type="checkbox"/> TDF | |
| <input type="checkbox"/> TDF (Tenofovir) | | |
| <input type="checkbox"/> LdT (Sebivo®) | | |
| <input type="checkbox"/> L-FMAU (Clevudine) | | |
| <input type="checkbox"/> Interferon-2 | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

Letzte Therapie vor Genotypisierung

- | HBV-Therapie enthält: | HIV-Therapie enthält: | HCV-Therapie enthält: |
|---|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LAM (Zeffix®) | <input type="checkbox"/> 3TC | <input type="checkbox"/> Ribavirin |
| <input type="checkbox"/> ADV (Hepsera®) | <input type="checkbox"/> FTC | <input type="checkbox"/> PEG-Interferon |
| <input type="checkbox"/> ETV (Baraclude®) | <input type="checkbox"/> TDF | |
| <input type="checkbox"/> TDF (Tenofovir) | | |
| <input type="checkbox"/> LdT (Sebivo®) | | |
| <input type="checkbox"/> L-FMAU (Clevudine) | | |
| <input type="checkbox"/> Interferon-2 | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

***Die Untersuchungsanforderung setzt zur Einstellung der Sequenzierreaktion eine parallele quantitative HBV-DNA-Bestimmung voraus.**

Entnahmedatum/Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____