



**INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE  
DEPARTEMENT D'IMMUNOLOGIE  
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE CELLULAIRE**

---

---

**Fiche de renseignements  
Infection à VIH**

*(A remplir impérativement pour effectuer les examens demandés)*

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Sexe :**  
**Date de naissance :**  
**Adresse :**  
**Numéro de téléphone :**  
**Hôpital/Service :**  
**Médecin traitant :**

---

**Manifestations cliniques (stade de la maladie) :**

.....  
.....  
.....

**Evolution de la maladie depuis :** .....

**Traitement antirétroviral : OUI  NON  Si oui précisez lequel :**

.....