



<b>Institut Pasteur d'Algérie</b> Département Immunologie Laboratoire d'Immunologie Cellulaire	Formulaire	F LIC 0322/01
	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS :</b> <b>Numération lymphocytaire</b> <b>TCD4+/TCD8+</b>	Page1/1

Date : Le .. / .. / ....

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Âge :** \_\_\_\_\_ **Groupe sanguin** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_  
**Coordonnées Médecin traitant :** \_\_\_\_\_ **Hôpital :** \_\_\_\_\_

**Etat matrimonial :**  Célibataire  Marié(e)

**Profession :** \_\_\_\_\_

**Mode de contamination :**  Sexuel  Transfusion sanguine  Toxicomanie  Mère-enfant

**Patient(e) diagnostiqué(e) depuis :** \_\_\_\_\_

**Stade de la maladie :** \_\_\_\_\_ **Charge Virale :** \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

- Fièvre
- Altération de l'état général
- Asthénie
- Polyadénopathies
- Amaigrissement
- Infections récurrentes. Si oui précisez le type : \_\_\_\_\_
- Infections opportunistes. Si oui précisez le type : \_\_\_\_\_
- Lymphome non Hodjkinien
- Sarcome de Kaposi

Autres : \_\_\_\_\_

**Autres maladies associées :** \_\_\_\_\_

**Motif de demande du bilan :**  Bilan pré-thérapeutique  Suivi thérapeutique

**Traitement antirétroviral :**  Oui  Non

**Date du début du traitement :** \_\_\_\_\_

**Précisez le type :** \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du Médecin Traitant :**

Prélèvement : sur tube EDTA	Transport : à température ambiante+++ / délai < 12H
N.B : Une NFS de moins de 48 H est indispensable.	