



N° SEJOUR
ETIQUETTE PATIENT

NOM

PRENOM

ETIQUETTE
UF

RESERVE AU
LABORATOIRE

Nom du prescripteur :

Nom du préleveur :

Reservé au
laboratoire



DATE

HEURE

URGENT

Confidentiel (aucun CR patient)

GARDE Réservé au laboratoire

Réservé CDP/CRB : CDP HE CDP GM CRB PAS de mail CDP

AUTO-IMMUNITE

Renseignements cliniques

- LES Myosite PR Encéphalites auto-immunes
 Sclérodémie Sjögren Fibrose Pulmonaire Maladie Coeliaque
 Vascularite Hépatite Auto-immune Cholangite biliaire primitive Autre

1 tube sec jaune

1 tube sec jaune (sauf indication contraire)

Exploration des connectivites

- Anticorps anti-nucléaires (AAN) (IFI)
Anti-DNA et Anti-ENA déclenchés si AAN > 160 faible
- Anti-DNA Anti-ENA (SSA, SSB, RNP, Sm, Scl70, Sm/RNP, Ribo)
 Ac des myosites (dont JO1 et anti-synthétases)
 Ac des sclérodémies (dont anti-ARN polymérase III, Scl70 et centromères)

Exploration des vascularites

- Anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) (IFI)
- Anti-PR3 (protéinase 3) Anti-MBG (membrane basale glomérulaire)
 Anti-MPO (myéloperoxydase) Panel Vascularite (PR3, MPO, MBG)

Exploration des hépatopathies auto-immunes

- Anti-tissus (Anti muscle lisse, Anti mitochondries, Anti LKM1/RE, anti-LC1)
- Ac des hépatopathies (Anti-SLA, GP210, SP100, M2, M2/3E, PML)

Exploration de la maladie coeliaque

- Anti-endomysium IgA Anti-Transglutaminase IgA & Anti-Gliadines déamidées IgA
 Anti-endomysium IgG Anti-Transglutaminase IgG & Anti-Gliadines déamidées IgG

Exploration de la Polyarthrite rhumatoïde

- Facteur Rhumatoïde (tube sec supplémentaire si pas d'IgG IgA ou IgM associé)
- Anti-CCP

Neuro-Immunité

- Anti-MAG Onconeuronaux (Anti-Amphiphysin, CV2/CRMP5, PNMA2, Ri, Yo, Hu, Rocoferine, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr)
- Anti-Gangliosides
- Anti-MOG / Anti-AQP4

Exploration de la maladie de Biermer

- Anti-cellules pariétales de l'estomac
 Anti-Facteur intrinsèque

Exploration du diabète de type 1

- Panel Ac du diabète (GAD, IA2, ZNT8) Anti-GAD
 Anti-Ilot Anti-ZNT8
 Anti-IA2

Exploration des glomérulonéphrites extramembraneuses

- Anti-RPLA2 & Anti-THSD7a (IFI, Dépistage)
 Anti-RPLA2 (quantitatif, Suivi)

Exploration des maladies auto-immunes de la peau

- Anticorps des Pemphigus (anti Desmogléine 1 et 3 / anti Envoplakine)
 Anticorps des Pemphigoïdes bulleuses (Anti BP230 / Anti BP180)
 Anticorps des Epidermolyses bulleuses (anti collagène VII)

Thyroïde

- Anti Thyropéroxydase
 Anti Récepteur de la TSH

Exploration des MICI

- ASCA IgA & IgG (Anti Saccharomyces cerevisiae IgA et IgG)

Liquide Céphalo-Rachidien (1 tube transparent 2 mL = 40 gouttes)

- Onconeuronaux (LCR) Anti-MAG (LCR)
 Anti Gangliosides (LCR) Anti-GAD (LCR)
 Anti-Neuropiles (LCR) (anti-rNMDA...) Anti NMDAr (LCR)

Autre analyse :

**Envois Extérieurs d'auto-immunité
Prévoir 1 tube par analyse demandée**

- Anti-LGI1 anti-CASPR2 (sérum) Anti NMDAr (sérum)
 Anti-récepteur de l'acetylcholine (sérum) Anti RAch de faible affinité (sérum)
 Anti-insuline (sérum) Anti-MUSK (sérum)
 Anti-HMGCOA reductase (sérum) Anti-MOG (LCR)

Réservé laboratoire Non conformité bloquante.....

- Scan Ordo Tube surnuméraire Absence de traitement
 Date/heure fausse Case non/mal cochée Absence rens cliniques
 Mauvais Bon Navette Pas glace
 GlutenSPA Protocole Disc. Bon/Ordo
 Microméthode



RESERVE AU
LABORATOIRE



IMMUNOPATHOLOGIE

1 tube sec jaune (sauf indication contraire)

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> IgG | <input type="checkbox"/> IgA | <input type="checkbox"/> IgM | <input type="checkbox"/> IgD | <input type="checkbox"/> IgE (Tube sec supp.) | <input type="checkbox"/> IgG LCR |
| <input type="checkbox"/> IgG1, IgG2, IgG3, IgG4 | <input type="checkbox"/> IgA1, IgA2 | <input type="checkbox"/> IgG4 totales | | | <input type="checkbox"/> Synthèse intrathécale Kappa (Index kappa) |
| <input type="checkbox"/> Chaînes légères libres sériques (kappa & Lambda) | <input type="checkbox"/> Hevylite IgG | <input type="checkbox"/> Hevylite IgA | | | 1 tube Sec + 1 Tube LCR |
- A faire parvenir à +4°C**
- C3, C4, CH50 CH50 C1inhibiteur (fonctionnel + pondéral) (1 tube Citrate bleu supp.)

1 tube sec jaune

1 tube monovette jaune (Urine)

- Immunofixation sur sérum
- Traitement en cours : Daratumumab Isatuximab
- Immunofixation sur urine

INFLAMMATION - IMMUNOREGULATION

1 tube EDTA (sauf indication contraire) A faire parvenir à +4°C et dans un délai inférieur à 4H après le prélèvement

- | Dosage de cytokines | Plasma EDTA | LCR | Immunorégulation |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> VEGF A (1 tube sec rouge supp.) | <input type="checkbox"/> IL6 / IL10 | <input type="checkbox"/> IL6 / IL10 | <input type="checkbox"/> Quantification mHLA-DR |
| <input type="checkbox"/> IFN-alpha | <input type="checkbox"/> IL13 / IL4 / IL1b / IL5 | Humeur Aqueuse | Uniquement aux heures ouvrables |
| <input type="checkbox"/> TNF-alpha | <input type="checkbox"/> FASL / IL10 | <input type="checkbox"/> IL6 / IL10 | |
| | <input type="checkbox"/> IL-10, IL-6, IL-8, IFN-alpha, TNF-alpha | | |

DEFICITS IMMUNITAIRES - IMMUNOTHERAPIE

Test de transformation lymphoblastique (TTL)

Sur RDV uniquement (tel: 50634)

Prélever 5 tubes heparinate de Lithium 5 mL
Transport à T° ambiante le plus rapidement possible (<4h)
Ne pas faire parvenir par le pneumatique

Indiquer les vaccinations et infections éventuelles pour guider le choix des antigènes à tester

- Contexte Clinique :**
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lymphopénie T | <input type="checkbox"/> Suspicion de déficit immunitaire | <input type="checkbox"/> Signes d'autoimmunité |
| <input type="checkbox"/> Allergie / HSR : | <input type="checkbox"/> Infections sévères | <input type="checkbox"/> Infection opportuniste |

Données Biologiques : indiquer le nombre de lymphocytes (NFS) :/µL

Données vaccinales (indiquer impérativement les dates de vaccination) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vaccin pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, Haemophilus) : ___/___ | Pneumocoque : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin hexavalent (+ hépatite B) : ___/___ | <input type="checkbox"/> pneumo 23 : ___/___ |
| <input type="checkbox"/> BCG : ___/___ | <input type="checkbox"/> Prevenar : ___/___ |
| <input type="checkbox"/> ROR : ___/___ | |
| <input type="checkbox"/> Méningocoque : ___/___ | |

Traitement (indiquer la prise éventuelle de traitement) :

- immunosuppresseurs : immunomodulateurs : corticoïdes :

Immunophénotypages - 1 Tube EDTA - Uniquement sur RDV 50634

- Contexte Clinique :**
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficit Immunitaire | <input type="checkbox"/> Signes d'autoimmunité | <input type="checkbox"/> Diagnostic allergie |
| <input type="checkbox"/> Suivi Immunothérapie | | |

Immunophénotypage détaillé :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Phénotypage lymphocytaire T Naifs/mém. | <input type="checkbox"/> Phénotypage lymphocytaire T activés | <input type="checkbox"/> Phénotypage Treg |
| <input type="checkbox"/> Phénotypage Th1/Th2/Th17/Th22 | <input type="checkbox"/> Phénotypage lymphocytaire B | <input type="checkbox"/> Phénotypage NK |

- QuantiFERON Tuberculose** **TUBES SPECIAUX à demander par fax 50637** **Sérothèque :** RCVRIC Tube sec rouge Monovette jaune Tube EDTA violet
- QuantiFERON CMV** **TRANSPORT A TEMPERATURE AMBIANTE** Sérothèque Diverse *Raison et type de prélèvement à préciser.....*
- NE PAS ACHEMINER PAR PNEUMATIQUE**

CRYOPROTEINES

- Cryoglobuline **2 Tubes secs rouges** Cryofibrinogène **2 Tubes citrate bleu ciel**
(et cryoglobuline obligatoire)

TRANSPORT A 37°C
Le vendredi et veille de jour férié : faire parvenir au labo avant 16h.
Ne jamais prélever le week-end.

- Envoi extérieur**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ac Interféron Alpha | <input type="checkbox"/> Exploration du déficit immunitaire (CED1) Joindre impérativement la fiche de renseignement |
| <input type="checkbox"/> Anti-IgA | <input type="checkbox"/> Exploration du complément (HEGP) (exploration MAT, Voie alterne, C3Nef, AntiC1q, Facteur I....) |
| <input type="checkbox"/> Hevylite IgM | Joindre impérativement la fiche de renseignement avec les examens demandés |