



Site Annecy : 0450636334

0450636335

Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette

administrative

Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires

Nom Prescripteur :

UF demandeur :

Téléphone :

Nom préleveur :

Identité réception :

Date prélèvement :

Heure arrivée labo :

Heure prélèvement :

Sérologie Infectieuse

Renseignements cliniques et motif de la demande

- ☐ Statut immunitaire ☐ Bilan post vaccinal ☐ Bilan pré-greffe
- ☐ Diagnostic d'une infection aiguë précisez _____
- ☐ Suivi d'une infection chronique précisez _____
- ☐ Femme enceinte : Date début _____ ☐ Autre motif _____

SEROLOGIE CHAINE : Sérum/SANG : tube SST gel bouchon jaune d'or. 1tube

- ☐ VIH dépistage (VIH) ☐ Hépatite C (HCV) ☐ Syphilis (BW) ☐ Toxoplasmose * (TOXO)

Hépatite B

- ☐ Dépistage : AGBHS-ACHBS-HBCT (DEPHB) ☐ Contrôle guérison : AGHBS, ACHBS (CONHB)
- ☐ Suivi hépatite B chronique : AGHBS+AGHBE+ACHBE (SUIHB) ☐ Grossesse, 6^{ème} mois : AGHBS (GROHB)
- ☐ Diagnostic Hépatite B aiguë (AGHBS/HBCT/HBCM) ☐ Post Vaccinal : ACHBS (VACHB)

SEROLOGIE : Sérum/SANG : tube SST gel bouchon jaune d'or. 1tube/4 paramètres

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Epstein Barr (EBV) | ☐ Hépatite A * (HAV) | ☐ Rubéole * (RUB) |
| ☐ Herpes * (HSV) | ☐ Hépatite E * (HEVM) | ☐ Encéphalite à tique (TBE) |
| ☐ CMV * (CMV) | ☐ Mycoplasma Pneumoniae (MYCOP) | ☐ Bartonella (BART) |
| ☐ Varicelle- Zona * (VZONA) | ☐ Chlamydiae Trachomatis (CTRAC) | ☐ Chikungunya (CHIK) |
| ☐ HHV6* (HHV6) | ☐ Helicobacter Pylori (HP) | ☐ Zika (ZIKA) |
| ☐ Rougeole * (ROUGE) | ☐ Borréliose de Lyme sérum (LYME) | ☐ Dengue (DENG) |
| ☐ Oreillons * (OREI) | ☐ Borréliose de Lyme LCR (LYMEL) | |
| ☐ Parvovirus B19* (PARVO) | (analyse du sérum du même jour obligatoire) | |

QUANTIFERON : plasma/SANG : 1 tube vert sur héparinate de lithium (4 ml jusqu'au trait)

- | | |
|--|--|
| ☐ Enfant migrant < 15 ans (QUANT) | ☐ Personnel professionnellement exposé à l'embauche (QUBHN) |
| ☐ Patient infecté par le VIH (QUANT) | ☐ Enquête autour d'un cas index (QUBHN) |
| ☐ Avant mise en route traitement anti-TNF (QUANT) | ☐ Autre situation (QUBHN) |
| ☐ Tuberculose paucibacillaire en cas de diagnostic difficile chez l'enfant ou de tuberculose extra pulmonaire (QUANT) | |

***Pour une optimisation des paramètres étudiés les renseignements cliniques sont indispensables**
Pour les envois ou autres demandes, pas de prélèvement la nuit, le week end ou jours fériés



Site Annecy : 0450636334
0450636335
Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette administrative Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires	Nom Prescripteur :
	UF demandeur :
	Téléphone :
	Nom préleveur :
Identité réception :	Date prélèvement :
Heure arrivée labo :	Heure prélèvement :

Auto-immunité

Renseignements cliniques et motif de la demande

☐ Bilan diagnostique ☐ Bilan de suivi ☐ Grossesse en cours

Signes cliniques _____

☐ Suspicion de vascularite associée aux ANCA (**ANCAU**)

Maladie inflammatoire ou auto-immune connue _____

AUTO IMMUNITE : Sérum/SANG : 1 tube SST gel bouchon jaune d'or

- | | |
|--|---|
| ☐ Anticorps Anti Nucléaires (ACAN) | ☐ Facteur rhumatoïde IGM (FRHUM) |
| ☐ Ac anti dsDNA seul (suivi lupus) (DNA) | ☐ Ac anti CCP (CCP) |
| ☐ ANCA (ANCA) | ☐ Ac anti cardiolipine et B2GP1 (ACL/B2) |
| ☐ MPO, suivi en cas de positivité connue (MPO) | ☐ Ac anti tissus (TISSU) * |
| ☐ PR3, suivi en cas de positivité connue (PR3) | ☐ Ac cellules pariétales de l'estomac (TISSU) |
| ☐ Ac anti transglutaminase IgA (TGLU) | ☐ Ac anti facteur intrinsèque (GASTR) |
| ☐ Ac des myosites (MYOS) * | ☐ Ac anti neuronaux, GAD65 inclus (NEUR) * |
| ☐ Ac des sclérodermies (SCLER) * | ☐ Ac anti Saccharomyces cerevisiae (GASTR) |
| ☐ Ac anti Ag Gastro Intestinaux (GASTR) | ☐ Ac anti Gangliosides (GANG) |

* Voir manuel de prélèvement pour le détail des spécificités recherchées

AUTO IMMUNITE - AUTRES DEMANDES Sérum/SANG : 1 tube SST gel bouchon jaune d'or

Pour une optimisation des paramètres étudiés les renseignements cliniques sont indispensables
Analyses hors liste de garde : ne pas prélever la nuit, le week end ou jours fériés

LBM-FOR-445-V02