

NOM : _____
 Prénom : **Etiquette**
 NOM de naissance : _____
 Né(e) le : _____
 Sexe : **Patient**
 Numéro patient : _____
 Service demandeur : _____

Prescripteur : _____
 Préleveur : _____
 Fonction : _____
 Signature : _____

**IMMUNOLOGIE
CELLULAIRE**

IMMUNOLOGIE

DSEL0036016



DATE DE PRELEVEMENT
 J J / M M / A A

HEURE
 H H / M M

Personnel CHU Type de "cochage" IMPERATIF stylo bille

IMMUNOLOGIE CELLULAIRE ☎ 65892

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
INDISPENSABLES**

Diagnosics : _____

Suivi patient VIH

1er bilan Stade A Stade B Stade C
 Traitements _____

Transplantation

Bilan prétransplantation Suivi de greffe Traitements _____
 Date de la transplantation J M A
 Rein Coeur Moelle osseuse (CSH)

Traitement par bio-médicaments

Lequel _____ Date de la 1 ère injection J M A

Déficit immunitaire

Déficit primitif Hémopathie Traitement immunosuppresseur
 Déficit secondaire Hypogammaglobulinémie
 ATCD familiaux Autres pathologies _____
 Présence d'un pic monoclonal

Transport et conservation à température ambiante

Typage lymphocytaire Sang 1 tube EDTA bouchon violet et en plus 1 tube EDTA pour NFS fiche prescription IBC

Phénotypage lymphocytaire [LYT]

Transport et conservation à température ambiante

Prolifération lymphocytaire Sang 6 tubes HEPARINE bouchon vert & 6 tubes HEPARINE bouchon vert d'un témoin sain

Prolifération lymphocytaire [PROLIF]

Uniquement sur rendez-vous Tél 65892

Transport et conservation à température ambiante

ELISPOT Sang 3 tubes ACD bouchon jaune ou **5 tubes HEPARINE bouchon vert**

Uniquement sur rendez vous Tél 65892

CMV [XCMVE]

BKV [XBKVE]

JCV [XJCVE]

EBV [XEBVE]

Autres _____

SI29 - 06/12/19
GEDI 19433

Non conformités[NCPI] Date Heure Température Autre
 Tube(s) : Rouge violet bleu vert

Cadre réservé au laboratoire

Type de "cochage" IMPERATIF stylo bille



IMMUNOLOGIE CELLULAIRE



65892

LAVAGE BRONCHO ALVEOLAIRE

Transport et conservation réfrigérés

1 flacon FALCON 50 ml

Numération formule et phénotypage lymphocytaire [ALVE]

**LAVAGE BRONCHO ALVEOLAIRE
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLE**

Volume injectéml

Volume recueilliml

Volume envoyéml (5 ml minimum)

Diagnosics envisagés :

ASPECT RADIOGRAPHIQUE

Radiographie normale

Syndrome interstitiel diffus franc

Syndrome interstitiel diffus discret

Image macronodulaire

Autre :