

## EXPLORATION DES PROTEINES DU COMPLEMENT

### CHECK LIST AVANT ENVOI

- Renseignements cliniques
- Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation des tests (ex : copie de la PBR pour toute demande de C3Nef)
- Attention : CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 = tube **non centrifugé** à température ambiante délai d'acheminement <48h
- Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM : NOM DE NAISSANCE : Prénom : Date de naissance: Sexe :	Hôpital : Service : Téléphone/Fax : Médecin prescripteur : Mail:
<b>ETIQUETTE PATIENT</b>	

**PRELEVEMENT SANGUIN** : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à +4°C et devant être réceptionnés par le laboratoire dans les 3 heures suivant le prélèvement. Si ce délai ne peut être respecté, centrifuger et envoyer 6 aliquots étiquetés + le tube primaire à -80°C.  
 - CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 : 1 tube EDTA à **température ambiante** expédié dans les 48h.

Date de prélèvement : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| Heure de prélèvement : |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| Préleveur :

- Le patient a exprimé son **opposition à la conservation et à l'utilisation** de ses échantillons à des fins non diagnostiques.

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (merci de joindre tout document relatif à l'indication)

!! Les prescriptions peuvent être modifiées par le biologiste compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Exploration du complément</b> (Complément Total (CT), C3, C4)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>SHU / MAT</b> (CT, C3, C4, Facteur B, Bb, Sc5b9, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>CD46</u> (+1 tube EDTA température ambiante)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Suivi médicament bloqueur du complément</b> (CT, C3, C4, Facteur B, Bb., sC5b9, +/-dosage médicament,)           <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ <u>Molécule</u> :</li> <li>◊ <u>Indication</u> :</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse</b> (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Facteur B, Bb, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Glomérulonéphrite à dépôt de C3</b> Merci de joindre un <b>compte-rendu de ponction biopsie rénale</b> pour justifier la recherche du <b>C3NeF</b> (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Facteur B, Bb, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b, +/- C3NeF)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Contexte infectieux (ménigrites, infections graves et/ou à répétition)</b> (CT, C3, C4, AP50 +/- properdine, Facteur B, C5, C6, C7, C8, C9)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>Germe</u> :</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Lupus</b> (CT, C3, C4, C1q +/- anticorps anti-C1q)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Vascularite urticarienne hypocomplémentémique</b> (CT, C3, C4, C1q, anticorps anti-C1q)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Angioœdèmes bradykiniques</b> (CT, C3, C4, C1 inhibiteur (quantitatif et fonctionnel), +/-C1q)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Déficit héréditaire en C1 inhibiteur connu</li> <li><input type="checkbox"/> Suspicion de déficit <b>acquis</b> (lymphome, ...) (anticorps anti-C1 inhibiteur) :</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dépistage du clone HPN</li> <li><input type="checkbox"/> Dépôt de C3 à la surface des GR</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Recherche de déficit en CD55 (CHAPLE)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Recherche de déficit en CD59</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Suivi de patients sous thérapie génique</b> (CT, C3, C4, Facteur B, Bb, sC5b9, +/- Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Nom de la thérapie</b> : .....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Autres (prescription libre <u>justifiée</u>)</b> :</li> </ul>
--	--