

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 :
ETIQUETTE SERVICE, UH	
ETIQUETTE PATIENT	
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 :	
<input type="checkbox"/> 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)	
<p>!! Les prescriptions peuvent être modifiées par le biologiste compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Exploration du complément (Complément Total (CT), C3, C4) <input type="checkbox"/> SHU / MAT (CT, C3, C4, Facteur B, Bb, Sc5b9, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) <input type="checkbox"/> CD46 (+1 tube EDTA température ambiante) <input type="checkbox"/> Suivi médicament bloqueur du complément (CT, C3, C4, Facteur B, Bb, sC5b9, +/-dosage médicament,) ◇ <u>Molécule :</u> ◇ <u>Indication :</u> <input type="checkbox"/> Glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Facteur B, Bb, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b) <input type="checkbox"/> Glomérulonéphrite à dépôt de C3 Merci de joindre un <u>compte-rendu de ponction biopsie rénale</u> pour justifier la recherche du C3NeF (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Facteur B, Bb, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b, +/- C3NeF) <input type="checkbox"/> Contexte infectieux (méningites, infections graves et/ou à répétition) (CT, C3, C4, AP50 +/- properdine, Facteur B, C5, C6, C7, C8, C9) <input type="checkbox"/> <u>Germe :</u> </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Lupus (CT, C3, C4, C1q +/- anticorps anti-C1q) <input type="checkbox"/> Vascularite urticarienne hypocomplémentémique (CT, C3, C4, C1q, anticorps anti-C1q) <input type="checkbox"/> Angioœdèmes bradykiniques (CT, C3, C4, C1 inhibiteur (quantitatif et fonctionnel), +/-C1q) <input type="checkbox"/> Déficit héréditaire en C1 inhibiteur connu <input type="checkbox"/> Suspicion de déficit acquis (lymphome, ...) (anticorps anti-C1 inhibiteur) : <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN) <input type="checkbox"/> Dépistage du clone HPN <input type="checkbox"/> Dépôt de C3 à la surface des GR <input type="checkbox"/> Recherche de déficit en CD55 (CHAPLE) <input type="checkbox"/> Recherche de déficit en CD59 <input type="checkbox"/> Suivi de patients sous thérapie génique (CT, C3, C4, Facteur B, Bb, sC5b9, +/- Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) <input type="checkbox"/> Nom de la thérapie : <input type="checkbox"/> Autres (prescription libre <u>justifiée</u>) : </div> </div>	