

	FICHE D'ENREGISTREMENT	PRA-FE-HLA-010
POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE INSTITUT D'IMMUNOLOGIE Immunologie - HLA Transplantation UF 9874	BON DE DEMANDE SIGNATURE INTERFERON	V : 1
		Applicable au : 05/06/2023
		Page 1 sur 1

Date de prélèvement : / / Heure de prélèvement : :

NOM de naissance :

NOM (marital) complet du patient :

PRÉNOM complet du patient :

SEXE : F ☐ M ☐ DATE de NAISSANCE : / /

Centre demandeur : Service :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Mail du prescripteur :

Etiquette patient

CADRE RECEPTION

ENVOI TELEBAC 28

CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT

Pour les services du CHU de Lille :

Prélèvement sanguin - Tube EDTA (bouchon violet) – Envoi à température ambiante

Pour les CH périphériques :

Si envoi du lundi au jeudi matin (pour une réception maximum le vendredi matin) :

Prélèvement sanguin - Tube EDTA (bouchon violet) – Envoi à température ambiante

Si envoi du jeudi midi au dimanche soir :

Prélèvement sanguin – Tube PAXgene

Congelé à la verticale et envoyé en carboglace (stable plusieurs mois à -20°C)

OU envoi sans pré-traitement à +4°C (stable 5 jours)

Contacts pour renseignements :

Dr Aurore COLLET : aurore.collet@chu-lille.fr

Dr Julie DEMARET : julie.demaret@chu-lille.fr

Secrétariat : 03 20 44 55 72

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONTEXTE DE LA DEMANDE

Diagnostic (retenu ou suspecté) :

Phase de poussée de la maladie :

☐ Oui

☐ Non

Infection chronique ou sévère en cours ou récente :

Traitements en cours à visée immunitaire :

POUR LES CH PÉRIPHÉRIQUES :

TRANSPORT PAR LE TRANSPORTEUR DE VOTRE CHOIX

À : Réception Biologie de Recours, CHRU de Lille,
Centre de Biologie Pathologie, Rue Paul Nayrac
59037 LILLE Cedex
Tél. : 03.20.44.54.31

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			