

Mentions obligatoires concernant le prélèvement :

Prélevé le : à h

NOM du Préleveur : _____

NOM du Prescripteur : _____

Tél. ou Bip : _____

PATHOLOGIES		AUTO-IMMUNITE - Tube sec 9 ML	
Polyarthrite Rhumatoïde	<input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> CCPA	Facteurs Rhumatoïdes Ac anti CCP (Peptides citrullinés)	
Lupus Diverses affections systémiques	<input type="checkbox"/> AAN	Ac anti Nucléaires (y compris nucléoles - centromères) Ac anti DNA - ENA (fonction du résultat des anti nucléaires)	
Affections Hépatiques	<input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> AMIT <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ACSLA <input type="checkbox"/> LC1	Ac anti Muscles Lisses Ac anti Mitochondries Ac anti Reticulum Endoplasmique (anti LKM) Ac anti SLA (Soluble Liver Antigen) Ac anti LC1 (Liver Cytosol 1)	
Myosites	<input type="checkbox"/> SYNT	Ac anti Synthétases (JO1-PL7-PL12...)	
Gastrites Anémies	<input type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> FINT	Ac anti Cellules Parietales Gastriques Ac anti Facteur Intrinsèque	
Vascularites Goodpasture	<input type="checkbox"/> ANCA <input type="checkbox"/> GBM	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SI EXAMEN URGENT TEL AU 84065</div> Ac anti Cytoplasme des Polynucléaires Neutrophiles (ANCA) Ac anti Membrane Basale Glomerulaire (non épidermique)	
Syndrome des antiphospholipides	<input type="checkbox"/> APL	Ac anti cardiolipine (ACL) IgG - IgM Ac anti β2 GP1 IgG-IgM	
Maladie Coeliaque	<input type="checkbox"/> AGA	Ac anti Trans Glutaminase Tissulaire (IgA)	
Glomérulo Néphrite extra membraneuse	<input type="checkbox"/> APLA2R	Ac anti PLA2R	
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	<input type="checkbox"/> ASCA2	Ac anti-Saccharomyces Cerevisiae IgA/IgG	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
COMPLEMENT - Tube sec 5 ML	
Le prélèvement doit parvenir dans un délai de 2 heures au laboratoire de 9 H à 17 H du Lundi au Vendredi	
<input type="checkbox"/> CH50	Complément hémolytique total
ALLERGOLOGIE - Tube sec 5 ML si ≤ 5 dosages Tube sec 9 ML si > 5 dosages	
<input type="checkbox"/> IGET	IgE totales
Dépistage de l'allergie	
<input type="checkbox"/> PHAD	Allergie aux pneumallergènes
<input type="checkbox"/> FX5	Allergie alimentaire
Demande d'IgE spécifiques (si dépistage positif préciser l'allergène en cause) Maximum 5 pneumallergènes et 5 trophallergènes	
<input type="checkbox"/> NBIDI	_____

<input type="checkbox"/> IMMTRY	Dosage de la tryptase sérique (Hors choc anaphylactique) <i>(En cas de choc anaphylactique, utiliser le kit de prélèvement disponible au CRTE)</i>
	<input type="checkbox"/> Ré-introduction alimentaire
	<input type="checkbox"/> Suspicion mastocytose
	<input type="checkbox"/> Tryptase basale

UNITE DE SOINS

NUMERO PATIENT

LABORATOIRE