

IPP/NIP : .....  
NOM : .....  
Prénom : .....  
DDN : ...../...../.....

Etiquette Service  
Code UH Etablissement

Prescripteur  
NOM : .....  
Fonction : .....  
Poste Tel : .....

Préleveur  
A remplir obligatoirement  
NOM : .....  
Poste Tel : .....



Service d'Immunologie Biologique  
Pr S. HACEIN-BEY-ABINA  
Secrétariat : 01 45 21 36 09

04/01/20 2171



Date de Prélèvement : J   M   A   Heure : H   m

Renseignements cliniques:

Examens NON réalisés de garde, WE et jours fériés

Pas de résultats dans cyberlab

## IMMUNOLOGIE CELLULAIRE

### Numération lymphocytaire (A acheminer impérativement avant 16h le vendredi)

TCD4/TCD8

SANG

1 tube EDTA (violet) 5ml uniquement

T/B et NK

SANG

1 Tube EDTA (Violet) 5ml

LCR

1 tube sec (Rouge)

Autre prélèvement : .....

### Analyse phénotypique approfondie des sous-populations lymphocytaires T Uniquement sur rendez-vous, poste 13609.

SANG 2 tubes EDTA (Violet) 5ml

Autre prélèvement

Recherche de déficit  
immunitaire

Recherche d'expansion  
LGL

Recherche d'hémopathies  
lymphoïdes T

Analyse des LT  
régulateurs (Tregs Foxp3+)

### Diagnostic immunologique de l'infection à *M Tuberculosis*

BCT/ PBR : tubes Quantiféron fournis par le laboratoire.

ABC : 2 tubes héparinés (Vert) 5 ml

Test Quantiféron A acheminer au laboratoire d'immunologie avant 17h00  
et dans les 12h suivant le prélèvement

## IMMUNOCHEMIE

Activité hémolytique du complément CH50

1 tube à gel (Jaune) + 1 tube à gel pour le dosage du C3 C4.

A acheminer dans les 3 heures suivant le prélèvement et avant 16h00.

Recherche et caractérisation d'une cryoglobuline

2 tubes secs sans gel (Rouge)

A acheminer immédiatement à 37°C et avant 14h00

### Non conformité

Cadre réservé au laboratoire

Jaune  Violet  Vert  Urine  LCR  Rouge  Quantiféron

Prélèvement non étiqueté

Absence identité prescripteur et/ou  préleveur

Quantité insuffisante

Discordance identité tube - feuille

Date et/ou  heure non conforme

Tube reçu vide

Prescription non identifiée

Prélèvement irremplaçable ou critique

Echantillon arrivé accidenté

Prélèvement manquant

Voir un biologiste pour accord : .....

Contenant non adapté

Absence de prescription

Appel service : .....

Cryoglobuline non reçue à 37°C

nombre de tube surnuméraire : .....

Etiq. Scan Ordo

Nombre de tubes reçus :

Jaune  violet  Vert  Urine  LCR  Rouge  Qtr  µ tube

Paraphe : \_\_\_\_\_

Etiquette service  
numéro de dossier



Examens NON réalisés de garde, WE et jours fériés

## IMMUNOCHEMIE

1 tube sec avec gel 5ml (jaune)



### Dosage des protéines :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immunoglobulines (IgA, IgG, IgM)            | <input type="checkbox"/> Béta2-Microglobuline sérique        |
| <input type="checkbox"/> Sous-classes d'IgG (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4) | <input type="checkbox"/> Béta2-Microglobuline urinaire :     |
| <input type="checkbox"/> Fractions C3 et C4 du complément            | Tube Urine sans additif (Jaune), échantillon d'urine de 24H. |

### Recherche et caractérisation des Ig monoclonales

- Immunofixation sur sérum
- Protéinurie de Bence Jones (recherche de chaînes légères libres monoclonales dans les urines)  
Tube Urine sans additif (Jaune), échantillon d'urine de 24H

### Dosage des chaînes légères libres, Kappa et Lambda (test Freelite).

- Sérum uniquement

### Dosage des paires chaînes lourdes/légères des immunoglobulines (test Hevylite).

- IgAK/IgAL
- IgGK/IgGL
- IgMK/IgML



Synthèse intrathécale des IgG (recherche de bandes oligoclonales dans le LCR).  
Sérum et LCR à envoyer au laboratoire de Biochimie.  
(voir feuille de demande de Biochimie)

## IMMUNO-MONITORAGE DES BIOTHERAPIES

1 tube sec avec gel 5ml (jaune)



### Dosages pharmacologiques des biothérapies et suivi d'immunisation (Ac anti-biothérapie)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infliximab (Rémicade et biosimilaires) | <input type="checkbox"/> Ustékinumab (Stélara)                |
| <input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia)                  | <input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel et biosimilaires) |
| <input type="checkbox"/> Rituximab ( Mabthera et biosimilaires) | <input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi)                  |
| <input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira et biosimilaires)   | <input type="checkbox"/> Tocilizumab (Actemra)                |
| <input type="checkbox"/> Védolizumab (Entyvio)                  |   |