

Zone obligatoirement remplie par le préleveur

Prescripteur : Préleveur : Téléphone : Incident au cours du prélèvement :	Joindre 4 étiquettes « Patient » N° séjour : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : Nom de naissance : Service prescripteur :
--	--

Prélèvement

Date : Heure : URGENT :
 RENS. CLINIQUES :

Demande de recherche d'auto-anticorps de faible affinité
Anti-RACH (anti-Récepteur à l'AcétylCholine agrégé)
(myasthénies séronégatives)

Médecin prescripteur :

Renseignements cliniques :

Tout prélèvement devra être accompagné de renseignements clinicobiologiques et du consentement éclairé du patient

■ **si délai d'acheminement supérieur à 24h**
 → **centrifuger (minimum 10 min à minimum 1500g) et décanter**

Attention - **délai de conservation du sérum non congelé : 2 jours**
 - **délai de conservation du sérum congelé à -20°C : >14 jours**

- **Nature du prélèvement**

sang veineux sur tube sec (bouchon jaune ou rouge)

sérum non congelé → Date de centrifugation :

sérum congelé → Date de centrifugation et de congélation :

- **Réalisé pour :**

test de détection des auto-anticorps de faible affinité antiRACH

Documents à joindre :

- **Consentement parents/malade**
- **Bon de commande (si hors HCL)**
- **Fiche de données cliniques myasthénie séronégatives**

Adresse d'envoi du prélèvement : (par transporteur le jour même du prélèvement)

CENTRE DE TRI - CENTRE de BIOLOGIE et PATHOLOGIE EST
 (pour le Centre de Biotechnologie Cellulaire – Pr .L. SCHAEFFER et Dr A. JACQUIER)
 59, Boulevard Pinel - 69500 BRON