LBMMS – Centre de Biologie et Pathologie Sud – Service d'Immunologie biologique
UF Allergologie et Immunomonitorage - Dr L. GARNIER - Dr AP. FORAY - Dr A. NOMBEL
Centre de Biologie Sud, Bâtiment 3D, chemin du grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite
Tél. : 04 78 86 30 68 / 04 78 86 29 73 - Fax. : 04 78 86 66 54

Dosage de cytokines / facteurs de croissance dans le sang périphérique
Renseignements cliniques
FICHE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU BON DE DEMANDE

⚠ **Prise en charge pré-analytique** (se référer au catalogue des analyses Biobook)
le plus rapidement possible et dans un délai maximal de 4h suivant le prélèvement

- les prélèvements pour dosage plasmatique doivent être effectués sur tube avec EDTA (bouchon mauve)
- cas du VEGF-D : les prélèvements effectués sur tube sec avec gel doivent être centrifugés et le sérum décanté

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

Nom, Prénom : ……...
Service : ……
Tél. : ……
Mél. : ……

IDENTIFICATION PATIENT
(coller étiquette patient si disponible)

Nom usuel : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Sexe : F ☐ M ☐

A REMPLIR PAR LE SERVICE CLINIQUE

Date du prélèvement : …….. Heure du prélèvement : ……

Contexte clinique : diagnostic ☐ suivi ☐ pathologie active ☐ phase calme / rémission ☐

MAI suspectée ou connue :
☐ FS-AJI ou maladie de Still de l'adulte
☐ IL-18opathie (NLRC4, PSTPiP1, XIAP, CDC42 et PEPD), entourer type
☐ maladie de Kawasaki, PIMS
☐ autres, préciser (MAIx, …) :……...……
☐ hypothèse de SAM associé, préciser : ……

Granulomatose :
☐ sarcoïdose, avec atteinte(s) :
☐ thoracique pulmonaire ☐ ganglionnaire
☐ cutanée ☐ oculaire ☐ cardiaque ☐ neurologique
☐ autre, préciser : ……

Hémopathie, néoplasie :
☐ préciser type : ……
☐ hypothèse de SAM associé
☐ réaction adverse en contexte thérapeutique (CRS, HS, …), préciser : ……
☐ syndrome POEMS
☐ maladie de Castelman
☐ autre, préciser : ……

Lymphangiomyomatose : ☐ maladie kystique pulmonaire ☐ biopsie éventuelle réalisée

Autres (hyperéosinophilie, DRESS, GVH, …), préciser : ……

Thérapeutique éventuelle :
☐ corticothérapie / immunosuppresseur, préciser : ……
☐ biothérapie, de type à préciser : ……
préciser la date de dernière administration : ……

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE RECEPTIONNANT LE PRELEVEMENT

Modalités de conservation de l'échantillon avant congélation : température ambiante ☐ +4°C ☐
Prélèvement centrifugé : non ☐ oui ☐
Date et heure de congélation : ……
Modalités de préservation de l'échantillon congelé : -20°C ☐ -80°C ☐