

EXPLORATION DES PROTEINES DU COMPLEMENT

CHECK LIST AVANT ENVOI

- ☐ Renseignements cliniques
- ☐ Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation des tests (ex : copie de la PBR pour toute demande de C3Nef)
- ☐ **Attention** : CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 = tube **non centrifugé** à température ambiante délai d'acheminement <48h
- ☐ Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM : NOM DE NAISSANCE : Prénom : Date de naissance : Sexe :	Hôpital : Service : Téléphone/Fax : Médecin prescripteur : Mail:
ETIQUETTE SERVICE, UH	
ETIQUETTE PATIENT	
PRELEVEMENT SANGUIN : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à + 4°C et devant être réceptionnés par le laboratoire dans les 3 heures suivant le prélèvement. Si ce délai ne peut être respecté, centrifuger et envoyer 6 aliquots étiquetés + le tube primaire à -80°C. - CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 : 1 tube EDTA à température ambiante expédié dans les 48h.	
Date de prélèvement : ____/____/____ Heure de prélèvement : ____h ____ Préleveur :	
☐ Le patient a exprimé son opposition à la conservation et à l'utilisation de ses échantillons à des fins non diagnostiques.	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (merci de joindre tout document relatif à l'indication)	
!! Les prescriptions peuvent être modifiées par le biologiste compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient ☐ Exploration du complément (Complément Total (CT), C3, C4) ☐ SHU / MAT (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) ☐ CD46 (+1 tube EDTA <u>température ambiante</u>) ☐ Suivi médicament bloqueur du complément (CT, C3, C4, dosage médicament, sC5b9) ◇ <u>Molécule</u> : ◇ <u>Indication</u> : ☐ Glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b) ☐ Glomérulonéphrite à dépôt de C3 Merci de joindre un <u>compte-rendu de ponction biopsie rénale</u> pour justifier la recherche du C3Nef (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b, +/- C3Nef) ☐ Contexte infectieux (méningites, infections graves et/ou à répétition) (CT, C3, C4, AP50 +/- properdine, C5, C6, C7, C8, C9) ☐ <u>Germe</u> : ☐ Lupus (CT, C3, C4, C1q +/- anticorps anti-C1q) ☐ Vascularite urticarienne hypocomplémentémique (CT, C3, C4, C1q, anticorps anti-C1q) ☐ Angio-oedèmes bradykiniques (CT, C3, C4, C1 inhibiteur (quantitatif et fonctionnel), +/-C1q) ☐ Déficit héréditaire en C1 inhibiteur connu ☐ Suspicion de déficit acquis (lymphome, ...) (anticorps anti-C1 inhibiteur) : ☐ Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN) ☐ Dépistage du clone HPN ☐ Dépôt de C3 à la surface des GR ☐ Recherche de déficit en CD55 (CHAPLE) ☐ Recherche de déficit en CD59 ☐ Suivi de patients sous thérapie génique (CT, C3, C4, sC5b9, +/- Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) ☐ Nom de la thérapie : ☐ Autres (prescription libre justifiée) :	