

	FICHE D'ENREGISTREMENT	PRA-FE-HLA-010
POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE	BON DE DEMANDE SIGNATURE INTERFERON	V : 3
<i>INSTITUT D'IMMUNOLOGIE Immunologie - HLA Transplantation UF 9874</i>		Applicable au : 20/11/2023
		Page 1 sur 1

Date de prélèvement : / / Heure de prélèvement : :

NOM de naissance :

NOM (marital) complet du patient :

PRÉNOM complet du patient :

SEXE : F M DATE de NAISSANCE : / /

Centre demandeur : Service :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Mail du prescripteur :

Etiquette patient

CADRE RECEPTION
ENVOI TELEBAC 28

CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT

Pour les services du CHU de Lille :

Prélèvement sanguin - Tube PAXgene – Envoi à température ambiante

Pour les CH périphériques :

Prélèvement sanguin – Tube PAXgene

Congelé à la verticale (stable plusieurs mois à -20°C)

Contacts pour renseignements :

Dr Aurore COLLET : aurore.collet@chu-lille.fr

Dr Julie DEMARET : julie.demaret@chu-lille.fr

Secrétariat : 03 20 44 55 72 – Fax : 03 20 44 69 54

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONTEXTE DE LA DEMANDE

Diagnostic (retenu ou suspecté) : _____

Phase de poussée de la maladie :

Oui

Non

Infection chronique ou sévère en cours ou récente : _____

Traitements en cours à visée immunitaire : _____

POUR LES CH PÉRIPHÉRIQUES :

TRANSPORT PAR LE TRANSPORTEUR DE VOTRE CHOIX

À : Réception Biologie de Recours, CHRU de Lille,
Centre de Biologie Pathologie, Rue Paul Nayrac
59037 LILLE Cedex
Tél. : 03.20.44.54.31

Traçabilité des contrôles - Analyses Ext

Débal		C Admi	
Etique		C Ana	
Décant			