

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste     faux



Service d'immunologie et allergie  
 Réception des laboratoires: BH18-100  
 1011 Lausanne

Tél. : 021 314 08 05

Fax : 021 314 08 01    mail : ial.info@chuv.ch  
 PP 439

http://www.chuv.ch/ial  
 http://www.chuv.ch/lab

Ouverture du laboratoire:  
 lundi - vendredi 08h00 - 17h00



No d'accréditation  
 SMTS 0012

**Patient**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Sexe: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance complète: \_\_\_\_\_  
 Adresse complète: \_\_\_\_\_  
 N° postal / Localité: \_\_\_\_\_  
 V/réf.: \_\_\_\_\_

**Facture:**

Patient stationnaire / hospitalisé (Demandeur)  
 Patient ambulatoire (assurance / patient)  
 Assurance : \_\_\_\_\_

Etiquette code barres pour le CHUV



**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.: 

15	30	45
----	----	----

**COPIE(S) A (adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
 Service, adresse: \_\_\_\_\_  
 Localité: \_\_\_\_\_

**DEMANDEUR**

Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
 Service, adresse: \_\_\_\_\_  
 Tél: \_\_\_\_\_

Etiquette déviation  
 ou  
 Etiquette de projet

**MOTIVATION CLINIQUE (à remplir par le médecin)**

1 = Diagnostic, 2 = Suspicion

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Hépatite autoimmune	<input type="checkbox"/> HIV avec thérapie	<input type="checkbox"/> Pré-transplantation
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 LES/Sjögren	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Hépatite aiguë	<input type="checkbox"/> HIV sans thérapie	<input type="checkbox"/> Post-transplantation
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Sclérodémie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Hépatite chronique	<input type="checkbox"/> Tests hépatiques perturbés	<input type="checkbox"/> Txpl cardiaque
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Vasculite	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Hépatite chronique	<input type="checkbox"/> Hépatite avec thérapie	<input type="checkbox"/> Txpl pulmonaire
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Myopathie inflam.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Immunodéficience	<input type="checkbox"/> Hépatite sans thérapie	<input type="checkbox"/> Txpl rénale
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Sarcoïdose	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Primo infection HIV	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Txpl hépatique
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Autres: _____			

**Matériel:**  sang natif **sérum gel**     sang + EDTA     plasma décanté     Autre: \_\_\_\_\_  
 urine     sang + ACD     sérum décanté     sang + Lithium-héparine

**HEPATITES VIRALES**

**SEROLOGIE 4.9 ml**

**Dépistage hépatites aiguës**

HBsAg, anti-HBc totaux, anti-HAV IgM, anti-HCV, anti-HEV IgG + IgM

**Marqueurs sélectifs HAV**

Anti-HAV IgM  
 Anti-HAV totaux

**Marqueurs sélectifs HBV**

HBsAg, anti-HBc totaux, anti-HBs (dépistage)  
 HBsAg  
 Anti-HBc totaux  
 Anti-HBc IgM  
 HBeAg

**HBV (suite)**

Anti-HBe  
 Anti-HBs  
 HBsAg **confirmation** ①  
 HBsAg **quantitatif (suivi)** ①

**HCV**

Anti-HCV totaux  
 Anti-HCV **confirmation**

**HDV**

Anti-HDV totaux

**HEV**

Anti-HEV IgM  
 Anti-HEV IgG

**TESTS MOLECULAIRES 7.5 ml ④ + ⑤**

**HAV RNA**

Virémie par PCR quantitative

**HBV DNA**

Virémie par PCR quantitative

**HCV RNA**

Virémie par PCR quantitative  
 Génotype HCV

**HDV RNA**

Virémie par PCR quantitative

**HEV RNA**

Virémie par PCR  
 PCR qualitative (selles)

**HIV**

**SEROLOGIE**

**Dépistage 4.9 ml**

Anti-HIV-1/-2 + Ag p24

**Confirmation HIV ①**

1<sup>er</sup> échantillon  
 2<sup>ème</sup> échantillon **7.5 ml ④ + ⑤**

**TESTS MOLECULAIRES ④ + ⑤**

Virémie par PCR quantitative **7.5 ml**  
 Virémie par PCR quantitative (LCR 2 ml) ③

**NUMERATION / PHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE 2.7 ml ④ + ⑤**

T : CD45, CD3, CD4 et CD8 (p. ex. suivi HIV+)

T, B et NK totaux: CD45, CD3, CD4, CD8, CD19 et CD16/56 (p. ex. traitement rituximab)

Plasmablastes : CD45, CD19, CD20, IgD, CD27 et CD38 ③

**AUTRES SEROLOGIES**

Anti-HTLV-1/2 **4.9 ml**     Anticorps neutralisants  
 Anti-SARS-CoV-2 **4.9 ml**     Anti-SARS-CoV-2 **4.9 ml**  
*anti-spike (trimérique) / anti-nucléocapside*     **Anti-SARS-CoV-2 4.9 ml URGENT**  
*anti-spike (RBD)*



## AUTOIMMUNITE 7.5 ml

### CONNECTIVITES

- Anti-nucléaire (dépistage)
- Anti-nucléaire (seulement IF)
- Anti-nucléosomes
- Anti-dsDNA
- Anti-nucléoprot. (dépistage)  
(SSA,SSB,RNP,Sm,Scl70,Jo-1)
- Anti-SSA 52/60kd
- Anti-SSB
- Anti-RNP
- Anti-Sm
- Anti-Scl70
- Anti-Jo-1

- Anticorps associés aux myopathies  
(Jo-1,PL7,PL12,EJ,SRP-54,Mi-2β,MDA-5,  
TIF 1-γ,SAE1,SAE2,NXP2,SSA 52kd)
- Anti-HMGCR (3)
- Ac associés à la sclérodémie  
(Scl-70,CENP-A,CENP-B,RNA Polymerase III,  
Fibrillarine,NOR-90,Th/To,PM-Scl 100,PM-Scl 75,  
Ku,U1-RNP,SSA 52kd)

- Ac associés aux anti-synthétases  
(Jo-1,PL-7,PL-12,EJ,OJ,KS,ZO,HA,  
SRP-54,Ribosome P0)

### VASCULITES

- Dépistage  
(ANCA-PR3, ANCA-MPO)
- ANCA-PR3
- ANCA-MPO

### HEPATOPATHIES

- Dépistage  
(M2, gp210, sp100, LKM-1, LC-1, SLA, Actine-F)
- Anti-mitochondries
- Anti-muscle lisse
- Anti-actine
- Anti-LKM1

### MALADIES GASTRIQUES

- Anti-cell. pariétales gastriques  
et facteur intrinsèque

### NEPHROPATHIES

- Anti-PLA2R

### GLOMERULOPATHIES

- Anti-GBM

### MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES

- Calprotectine (selles)
- Dépistage de la maladie  
coeliaque (tTG/DGP IgA et IgG)
- Suivi maladie coeliaque IgA (tTG, DGP)
- Suivi maladie coeliaque IgG (tTG, DGP)
- Maladie de Crohn/RCUH  
(ASCA + ANCA)

### MALADIES RHUMATISMALES

- Anti-CCP
- Facteur rhumatoïde

## PROTEINES 7.5 ml

### IMMUNOGLOBULINES

- IgG
- Sous-classes IgG
- IgA
- IgM
- IgM foetale
- IgD
- IgG + IgM (LCR 500 µl)
- IgG + IgM (sérum)

### GAMMAPATHIE MONOCLONALE

- Dépistage  
(IgG, IgM, IgA, κ + λ libres  
+ Immunosustraction)
- TTT Daratumumab  oui  
(Darzalex®)  non
- Suivi (IS, quantification monoclonale)
- Suivi (κ + λ libres)
- κ + λ (urines 24h, 2 x 8.5ml)

### INFLAMMATION

- β2-microglobuline
- β2-microglobuline (LCR 300 µl)
- β2-microglobuline (ur. foetale 600 µl)
- Panel 57 cytokines (5)
- VEGF-D (3+5)
- VEGF-A (5)
- IL-6 (5)
- IL-2R (sCD25) (3+5)

### AUTRES

- Anti-streptolysines
- α1-antitrypsine
- Cryoglobulines  
(sur rendez-vous 021/314.08.40)

## IMMUNODEFICIENCE : PRIMAIRE ET SECONDAIRE (4)

- Dépistage/suivi d'immunodéficience cellulaire  
(lymphocytes T et B, monocytes, cellules dendritiques et NK totaux par CyTOF) 2.7 ml (5)
- Prolifération lymphocytaire 4 x 7.5 ml (2+6)
- Sous-populations lymphocytes T régulateurs (Tregs) 2 x 2.7 ml (3+9)
- Fonction des neutrophiles (test DHR) 2.7 ml (2+3+9)
- Dépistage/suivi d'immunodéficience humorale (cf Immunoglobulines)
- Dépistage/suivi d'immunodéficience par méthode moléculaire  
(Interferon signature) PAX gene tube 2.5 ml (3)
- Déficit immunitaire héréditaire (Panel NGS) 2.7 ml (3+8)

## FACTEURS DU COMPLEMENT/DEFICIENCES 7.5 ml (4)

- C3  C1 inactivateur  SC5b-9 7.5 ml
  - C4  Anti-C1q  Facteur H (7)
  - C1q  Conversion du C3 (3+7)  Anti-Facteur H
  - Facteur Bb
  - Facteur I (3)
  - Facteur B (3)
- TESTS FONCTIONNELS (7)**
- CH-50  MBL
  - AP-50  C1 inhibiteur fonctionnel
  - Suivi traitement Eculizumab  
CH-50 et SC5b-9 7.5 ml (7)
  - Autres: .....

## ANTICORPS VACCINAUX 7.5 ml

- Anticorps anti-Tétanos  Anticorps anti-Diphthérie  Anticorps anti-Haemophilus (gr. B)  Anticorps anti-Pneumocoques (23 sérotypes)

### Motivation de la demande:

Date(s) de vaccination(s): .....

Le patient a-t-il reçu des immunoglobulines (IVIg)?  Non  Oui, le: .....

## HLA ASSOCIES AUX MALADIES 4.9 ml (8)

- Antigène HLA-B27 (Maladie de Bechterew)
- Antigène HLA-B51 (B5) (Maladie de Behçet)
- Antigène HLA-B\*57:01 (Hypersensibilité à l'Abacavir)
- Antigènes HLA-DQ2 et DQ8 (Maladie Coeliaque)
- Antigène HLA-DQB1\*06:02 (Narcolepsie)
- Autre(s) antigènes: .....

## IMMUNOLOGIE DE TRANSPLANTATION

- Typage HLA 4.9 ml
- Anticorps anti-HLA 7.5 ml
- Ac anti-HLA 7.5 ml  
(état réfractaire aux plaq.)
- X-Match (receveur) 7.5 ml
- X-Match (donneur) 4 x 9 ml  
(sur rendez-vous 021/314.89.27)

## REPONSE CELLULAIRE SPECIFIQUE (4)

- QuantiFERON-TB 1 x 7.5 ml Hép. Li. (10)
- ELISpot CMV 3 x 7.5 ml EDTA (6)
- ELISpot EBV 3 x 7.5 ml EDTA (6)
- TB Flow + 3 x 7.5 ml EDTA (6+2+3)
- QuantiFERON-TB 1 x 7.5 ml Hép. Li. (10)

## RESISTANCES GENOTYPIQUES 4.9 ml (4)

### Données immunologiques et virologiques

Dernier résultat de virémie: ..... copies/ml Date: .....

### Motivations cliniques

- Infection nouvellement diagnostiquée / Bilan avant traitement  Traitement actuel: .....
- Echec thérapeutique / Doute sur la compliance

- HIV (SHCS\_ID: .....):  Reverse Transcriptase + Protéase + Intégrase
- HCV:  Protéase NS3, NS5A et polymérase NS5B
- HBV (y compris génotype):  Polymérase et antigène de surface (HBS antigène)

- (1) Merci de joindre une copie du résultat du dépistage positif
- (2) Après accord ☎ 021 31 40 805
- (3) Analyse non soumise à l'accréditation
- (4) Tubes réservés uniquement à ces tests. Date et heure de prélèvement indispensables
- (5) Arrivée à la réception des laboratoires dans les 24 heures suivant le prélèvement, le vendredi et veille de jour férié 14h au plus tard
- (6) Arrivée à la réception des laboratoires dans les 4 heures suivant le prélèvement et du lundi au vendredi à 13h30 au plus tard
- (7) Echantillons à acheminer immédiatement sur glace à la réception des laboratoires avant 16h
- (8) Formulaire de consentement pour analyses génétiques obligatoire
- (9) Arrivée à la réception des laboratoires dans les 24 heures suivant le prélèvement et du lundi au jeudi à 15h au plus tard
- (10) Arrivée à la réception des laboratoires dans les 14 heures suivant le prélèvement et du lundi au vendredi à 16h au plus tard