

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"/>	<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



Centre hospitalier universitaire vaudois
 Service d'immunologie et allergie
 Réception des laboratoires: BH18-200
 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 STS 0242

Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

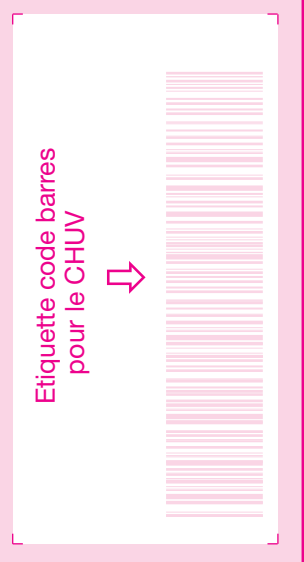
Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

Patient Demandeur



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 avec thérapie	<input type="checkbox"/> Hépatite sans 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:

<input type="checkbox"/> sang natif sérum gel	<input type="checkbox"/> sang + EDTA	<input type="checkbox"/> plasma décanté	<input type="checkbox"/> Autre:
<input type="checkbox"/> urine	<input type="checkbox"/> sang + ACD	<input type="checkbox"/> sérum décanté	<input type="checkbox"/> 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

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 IgG + IgM

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

AUTRES SEROLOGIES

Anti-HTLV-1/2 4.9 ml

Anti-SARS-CoV-2 4.9 ml

HIV

SEROLOGIE

Dépistage 4.9 ml

Anti-HIV-1/-2 + Ag p24

Confirmation HIV (1)

1^{er} échantillon

2^{ème} échantillon 7.5 ml (4 + 5)

TESTS MOLECULAIRES (4 + 5)

Virémie par PCR quantitative 7.5 ml

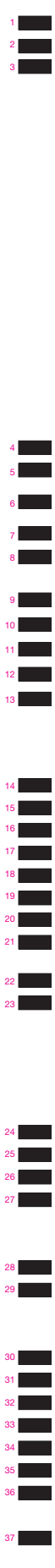
Virorachie par PCR quantitative (LCR 2 ml) (3)

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



N° d'article CHUV: 741030 CHUV Labor-LIA-312 VS-07.2020 EX 02 711 001 v.18

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

- Ac associés aux Myopathies
(Jo-1,PL7,PL12,EJ,SRP-54,MI-2,MDA-5,
TIF 1-γ,SAE1,SAE2,NXP-2,SSA52)
- Anti-HMGCR
- Ac associés à la sclérodémie
(SCL70,CENP-A,CENP-B,RNA POL 3,Fibrillarin,
NOR90,Th/To,PM-Scl100,PM-Scl75,Ku,U1-RNP,Ro52)
- Ac associés aux anti-synthétases
(Jo-1,PL-7,PL-12,EJ,OJ,KS,ZO,HA,
SRP,Rib.)

VASCULITES

- Dépistage
(ANCA-PR3, ANCA-MPO et anti-GBM)
- ANCA-PR3
- ANCA-MPO
- Anti-GBM

HEPATOPATHIES

- Dépistage
(M2,LKM1,LC1,SLA,Actine,sp100,gp210)
- Anti-mitochondries
- Anti-muscle lisse
- Anti-actine
- Anti-LKM1

MALADIES GASTRIQUES

- Anti-cell. pariétales gastriques
et facteur intrinsèque

NEPHROPATHIES

- Anti-PLA2R

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES

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

MALADIES RHUMATISMALES

- Anti-CCP
- Facteur rhumatoïde

PROTEINES 7.5 ml

IMMUNOGLOBULINES

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

GAMMAPATHIE MONOCLONALE

- Dépistage
(IgG, IgM, IgA, κ + λ libres
+ Immunosostraction)
- TTT Daratumumab (oui/non)
(Darzalex®)
- 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. fœtale 600 µl)
- Amyloïde A sérique (SAA)
- Panel 48 cytokines (5)
- VEGF-D (3)
- VEGF-A
- IL-6 (5)
- IL-2R (sCD25) (5)

AUTRES

- Anti-streptolysines
- α1-antitrypsine
- Céruloplasmine
- 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
 - C4
 - C1q
 - C1 inactivateur
 - Anti-C1q
 - Conversion du C3 (7)
 - SC5b-9 7.5 ml (7)
 - Facteur H
 - Anti-Facteur H
 - Facteur Bb
 - Facteur I
 - Facteur B
- TESTS FONCTIONNELS (7)**
- CH-50
 - AP-50
 - MBL
 - C1 inactivateur fonctionnel
 - Suivi traitement Eculizumab
CH-50 (sérum) et SC5b-9 (Plasma EDTA) 7.5 ml
 - 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 Cœliaque)
- Antigène HLA-DQB1*06:02 (Narcolepsie)
- Autre(s) antigènes:

IMMUNOLOGIE DE TRANSPANTATION

- 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
- Echec thérapeutique / Doute sur la compliance

HIV (SHCS_ID:):

HCV:

HBV (y compris génotype):

Reverse Transcriptase + Protéase + Intégrase

Protéase NS3

NS5A Polymérase NS5B

Polymérase

(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 15h 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