

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"/>

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.immunologyresearch.ch  
 http://www.chuv.ch/dpml

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



**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)**

<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Tests hépatiques perturbés	<input type="checkbox"/> Pré-transplantation
<input type="checkbox"/> LES/Sjögren	<input type="checkbox"/> Stérilité	<input type="checkbox"/> Hépatite aiguë	<input type="checkbox"/> Post-transplantation
<input type="checkbox"/> Sclérodémie	<input type="checkbox"/> Post-vaccination	<input type="checkbox"/> Hépatite chronique	<input type="checkbox"/> Txpl cardiaque
<input type="checkbox"/> Vasculite	<input type="checkbox"/> Immunodéficience	<input type="checkbox"/> Hépatite auto-immune	<input type="checkbox"/> Txpl pulmonaire
<input type="checkbox"/> Dermatopolymyosite	<input type="checkbox"/> HIV avec thérapie	<input type="checkbox"/> Hépatite avec thérapie	<input type="checkbox"/> Txpl rénale
<input type="checkbox"/> Sarcoidose	<input type="checkbox"/> HIV sans thérapie	<input type="checkbox"/> Hépatite sans thérapie	<input type="checkbox"/> Txpl hépatique
<input type="checkbox"/> Dialyse			
<input type="checkbox"/> Autres: .....			

**Matériel:**     sang natif (sérum)     sang + EDTA     plasma décanté     Autre: .....

urine     sang + ACD     sérum décanté   

**HEPATITES VIRALES**

**SEROLOGIE 4.9 ml**

**Dépistage hépatites aiguës**

HBs Ag, anti-HBc totaux, anti-HAV IgM, anti-HCV

**Marqueurs sélectifs HAV**

Anti-HAV IgM

Anti-HAV totaux

**HBV**

HBs Ag, anti-HBc totaux, anti-HBs (dépistage)

HBs Ag

Anti-HBc totaux

Anti-HBc IgM

HBe Ag

Anti-HBe

Anti-HBs

HBs Ag (confirmation)

HBs Ag (quantitatif)

**Marqueurs sélectifs (suite) HCV**

Anti-HCV totaux

Anti-HCV (confirmation)

**HDV**

Anti-HDV totaux

**HEV**

Anti-HEV IgG + IgM

**TESTS MOLECULAIRES (4)+(5)**

**HBV DNA 9 ml**

Virémie par PCR quantitative

**HCV RNA 9 ml**

Virémie par PCR quantitative

Génotype HCV

**HIV ET HTLV**

**SEROLOGIE**

**Dépistage 4.9 ml**

Anti-HIV-1&2 + Ag p24

Anti-HTLV-1&2

**Confirmation HIV (6)**

1<sup>er</sup> échantillon

Tests déjà effectués: .....

Résultats: .....

Valeur seuil: .....

2<sup>ème</sup> échantillon (6) 9 ml

**TESTS MOLECULAIRES (4)+(5)**

**HIV-1 RNA 9 ml**

Virémie par PCR quantitative

*Résistance génotypique et phénotype virtuel de HIV-1: voir au verso*

**IMMUNOLOGIE CELLULAIRE (4)**

**Numération lymphocytaire 2.7 ml (1)**

T (p. ex. HIV+) CD3, CD4, CD8

T et B (p. ex. ttt rituximab) CD3, CD4, CD8, CD19 CD16 et 56

Recherche d'immunodéficience CD3, CD4, CD8, CD19 CD16 et 56, CD14

**Réponse cellulaire spécifique**

Prolifération lymphocytaire (2) 3x9 ml

ELISpot TB\* 2x9 ml

ELISpot CMV\* 2x9 ml

ELISpot EBV\* 2x9 ml

TB Flow\* (2)+(3) 2x9 ml

\* Réception du matériel dans les 4 heures post prélèvement et du lu-ve à 14h30 au plus tard

N° d'article CHUV: 741030 CHUV Labor-LIA-113 VS-08.2011 EX 02 711 001 v.10



### CONNECTIVITES

- Anti-nucléaire (dépistage)
- Anti-nucléaire (seulement immunofluorescence)
- Anti-nucléosome
- Anti-dsDNA
- Anti-histones
- Anti-nucléoprot. (dépistage) (SSA,SSB,RNP,Sm,ScI70,Jo-1)
- Anti-SSA (Ro)
- Anti-SSB (La)
- Anti-RNP

### AUTOIMMUNITE 9 ml

- Anti-Sm
- Anti-ScI70
- Anti-Jo-1
- Myopathies inflamm. (dépistage) (Jo-1,PL7,PL12,SRP,Mi2,Ku,PMScl,ScI70)

### VASCULITES

- ANCA (dépistage)
- Anti-PR3
- Anti-MPO
- Anti-GBM

### HEPATOPATHIES

- Dépistage par immunodot (M2,LKM1,LC1,SLA,Actine)
- Cirrhose biliaire primitive (dépistage)
- Anti-mitochondries
- Anti-M2
- Anti-muscle lisse
- Anti-actine
- Anti-LKM1

### MALADIE DE BIERMER

- Anti-cell. pariétales gastriques

### MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES

- Anti-gliadine
- Anti-tTG
- Maladie de Crohn/RCUH (ASCA + ANCA)

### MALADIES RHUMATISMALES

- Anti-CCP
- Facteur rhumatoïde

### IMMUNOGLOBULINES

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

### PROTEINES SERIQUES 9 ml, AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

#### GAMMAPATHIE MONOCLONALE

- Dépistage (Immunosoustraction + dosage quantitatif)
- Suivi (IgG, IgA, IgM, κ, λ)
- κ + λ libres
- κ + λ (urines 24h 20ml)
- Viscosité sérique (à jeûn)
- Cryoglobulines (sur rendez-vous 021/314.08.40)

#### INFLAMMATION

- Profil inflammatoire (IgG, IgA, IgM, C3c, Orosomucoïde, Haptoglobine, Protéine C réactive)
- β2-microglobuline
- β2-microglobuline (LCR 300 µl)
- β2-microglobuline (Ur. Foetale 600 µl)
- Cytokines (2) + (3)

#### FACTEURS DU COMPLEMENT

- C3c
- C4
- C1 inactivateur

#### AUTRES

- Anti-streptolysines
- α1-antitrypsine

### TYPISATION HLA 4.9 ml

- Antigène HLA-B27 (1)
- Antigène HLA-B51 (B5)
- Antigène HLA-B5701
- Antigènes HLA-DQ

### IMMUNOLOGIE DE TRANSPLANTATION

- Antigènes HLA-A
- Antigènes HLA-B 4.9 ml
- Antigènes HLA-DR
- Antigènes HLA-DQ

- Ac lymphocytotoxiques 9 ml
- Ac anti-HLA 9 ml

- X-Match (receveur) 9 ml
- X-Match (donneur) 4x9 ml (sur rendez-vous 021/314.08.41)

### ANTICORPS VACCINAUX 4.5 ml

#### Anamnèse vaccins

Di-Te 1 (Date): ..... Di-Te 2 (Date): ..... Di-Te 3 (Date): ..... Di-Te Rappel (Date): .....

Prevenar® (Dates): ..... Pneumovax® (Dates): .....

Hib dernière dose (Date): ..... Autres: ..... (Dates) .....

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

Diagnostic: .....

Motivation de la demande: .....

- Anticorps anti-Tétanos
- Anticorps anti-Diptérie
- Anticorps anti-Haemophilus (gr. B)
- Anticorps anti-Pneumocoques (23 sérotypes)
- Autre(s): .....

### RESISTANCE GENOTYPIQUE HIV-1 (4) 4.9 ml

Reverse Transcriptase + Protéase

Intégrase

#### Données immunologiques et virologiques

Derniers résultats des CD4: ..... cells/mm<sup>3</sup> Date: .....

Derniers résultats de virémie: ..... copies/ml Date: .....

Patient inclus dans l'étude suisse de cohorte HIV:  oui  non  
N° Cohorte/SHCS\_ID: .....

#### Motivations cliniques

- Infection nouvellement diagnostiquée/primo-infection ou infection récente
- Infection nouvellement diagnostiquée/infection ancienne
- Echec thérapeutique, changement de traitement envisagé
- Suspicion de transmission d'une souche résistante (avant le début du traitement)
- PEP-patient source
- Grossesse
- Enfant avec infection périnatale
- Doutes sur la compliance

#### Médicaments (1 = traitement actuel, 2 = traitement antérieur)

##### 1 2 NRTIs

- Retrovir® (zidovudine)
- 3TC® (lamivudine)
- Zerit® (stavudine)
- Videx® (didanosine)
- Ziagen® (abacavir)
- Viread® (tenofovir)
- Emtriva® (emtricitabine)
- Combivir® (AZT+3TC)
- Trizivir® (AZT+3TC+ABC)
- Kivexa® (ABC+3TC)
- Truvada® (FTC+TDF)

##### 1 2 PIs

- Invirase® (saquinavir)
- Norvir® (ritonavir)
- Viracept® (nelfinavir)
- Crixivan® (indinavir)
- Agenerase® (amprenavir)
- Telzir® (fosamprenavir)
- Kaletra® (lopinavir)
- Reyataz® (atazanavir)
- Aptivus® (tipranavir)
- Prezista® (darunavir)

##### 1 2 NNRTIs

- Stocrin® (efavirenz)
- Viramune® (nevirapine)
- Intelence® (etravirine)
- ANTAG. CCR5**
- Celsentri® (maraviroc)
- INIs**
- Isentress® (raltegravir)
- INHIB. FUSION**
- Fuzéon® (enfuvirtide)

- Autre(s) (à préciser): .....
- Autre(s) (à préciser): .....

Pour une demande simultanée de taux des médicaments, merci d'utiliser le bon CHUV-PCL N° 14 et de prélever une monovette EDTA-K 4.9 ml séparée.

(1) Arrivée au laboratoire, vendredi 16h au plus tard

(4) Tubes réservés uniquement à ces tests. Date et heure de prélèvement indispensables

(2) Après accord ☎ 021 31 40 842

(5) Envoi au laboratoire dans les 6 heures suivant le prélèvement

(3) Analyse non soumise à l'accréditation

(6) Merci de remplir les renseignements relatifs au 1er échantillon (si pas effectué au LIA)