

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



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  
 STS 0242

**Patient**

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: .....

Date de naissance complète: .....

Adresse complète: .....

N° postal / Localité: .....

V/réf.: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

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 Sclérodermie	<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:**  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

**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)**

**HCV RNA**

Virémie par PCR quantitative  Génotype HCV

**HBV DNA**

Virémie par PCR quantitative

**HDV RNA**

Virémie par PCR quantitative

**HEV RNA**

Virémie par PCR quantitative

**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<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**  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

LID



## 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