BILAN D'EXPLORATION D'UNE NEUTROPENIE AUTOIMMUNE

→ Réception des prélèvements du **Lundi au vendredi avant 17h** ←

Enfant / Adulte

- **5 ml** tube sec

Non traitable si réception > 72h du prélèvement

Si prélèvement le vendredi, week-end ou veille de jours fériés **décanter le sérum (tube sec),** le conserver à +4°c et réaliser l'envoi le jour ouvré suivant.

Merci de joindre aux prélèvements **une fiche médicale** précisant :

- le nom, le prénom, la date de naissance **du patient**
- le nom et le numéro de téléphone du **médecin prescripteur**
- Les renseignements cliniques

Adresse d'envoi : CHU Nantes - Laboratoire d'Immunologie
9 quai Moncousu
44093 Nantes cedex 01
Tél. : 02.40.08.40.88 – 02.40.08.40.61
Fax. : 02.40.08.42.14

COTATION DE L'ANALYSE

La cotation d'un bilan de neutropénie autoimmune varie en fonction des résultats d'analyse obtenus.

- ✓ Dépistage sur panel : 0164 x 1 (B100)
- ✓ Identification sur panel, si dépistage positif : 0165 x 1 (B300) par glycoprotéine testée (2 maximum)

1. Identification du patient *(*les critères demandés sont nécessaires à l'identitovigilance)*

Nom* : Prénom* : Nom de naissance* :

DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M

Adresse :

2. Identification du prescripteur

Nom : Prénom : Téléphone :

Hôpital : Service :

Adresse :

3. Neutropénie Date de découverte :

Evolution : Chronique (O/N) Aigue (O/N) Cyclique (O/N)

Date	GB/mm3	PN (O/N)	Traitement

Signes biologiques : Hb : GR : Plaq :

Myélogramme Blocage de maturation : (O/N) Si oui, stade ?

4. Signes cliniques :

Infections :	oui	non	nature
Virose :	oui	non	nature
Hémopathie :	oui	non	nature
Immunopathologie :	oui	non	nature

5. Antécédents

Transfusions : Plaq (O/N) GR (O/N)

Grossesses : Nb :

6. Traitements

	Dose	Date début	Date fin
Ig I.V.			
Stéroïdes			
Autres			