FEUILLE DE DEMANDE - CENTRE D'ÉTUDE DES DÉFICITS IMMUNITAIRES – CEDI

DMU BioPhyGen – APHP.Centre - Université de Paris Cité.
Hôpital Necker – Enfants Malades, 149 rue de Sèvres 75743 PARIS CEDEX 15 / Bâtiment Lavoisier – Porte L1 - 2ème étage
Tél. Secrétariat : 01 44 49 58 96 – Tél. Biologistes : 01 44 49 50 88 - Fax : 01 42 73 06 40

IDENTITE PATIENT (étiquette patient)	**SERVICE** (Necker: étiquette Service)	**PRESCRIPTEUR**	Cadre réservé au laboratoire (Etiquette Laboratoire)
NOM : …… Prénom : …….. DDN : ….. /…… /…… Sexe : M ☐ F ☐	Service : …… UH : …… Hôpital : …… Tel.: ……	**Prescripteur – sénior :** NOM : …… Prénom : …… Tel/courriel : ……	

Les prélèvements pour études immunologiques doivent être adressés du lundi au mercredi hors semaines avec jours fériés. La réception des échantillons se fait du lundi au vendredi 11h (attention aux délais de transport). Un RDV est nécessaire uniquement pour les examens urgents réalisés les autres jours, par téléphone au 01 44 49 50 88. Le laboratoire est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00, fermé week-end et jours fériés.

Cadre réservé au CEDI
Tube:……
……
Paraphe:……

Préleveur: …… Date: ……/…… /…… Heure: …….

Renseignements cliniques et/ou thérapeutiques OBLIGATOIRES ci-dessous et joindre courrier ou CRH
……
……
Dosage pondéral des immunoglobulines : IgG : ……IgA : …… IgM : …… IgE : ……
Sérologies : ……

BON DE COMMANDE OBLIGATOIRE; sauf AP-HP

Transport et conservation des prélèvements à température ambiante
Prélèvement de sang total par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux (cathéter : effectuer une purge de 5mL)
Les volumes à prélever peuvent être adaptés pour les nouveau-nés et nourrissons, prendre contact avec un biologiste

Etude IMMUNOLOGIQUE 1 Tube EDTA (3 à 5 mL)

Numération des sous-populations lymphocytaires
- ❑ Lymphocytes T, B et NK
- ❑ Lymphocytes T (CD3, CD4, CD8)

Lymphocytes T
- ❑ Lymphocytes T naïfs / mémoires
- ❑ Lymphocytes T activés
- ❑ Lymphocytes T γ/δ, Tα/β
- ❑ Vα 7.2
- ❑ Vβ 21.3

Lymphocytes B
- ❑ Lymphocytes B naïfs / mémoires
- ❑ Lymphocytes B complet (B transitionnels, B autoréactifs, plasmablastes)
- ❑ Lymphocytes B CD19/CD20 **(traitement par anti-CD20 uniquement)**

Marquages spécifiques
- ❑ Lymphocytes T double négatifs (suspicion ALPS)
- ❑ T helpers (T_H1, T_H2, T_H17, TF_H, Treg)
- ❑ Treg (CD4/CD25/CD127)
- ❑ CD27
- ❑ MAIT
- ❑ Répertoire Vβ

Marquages spécifiques Extracellulaire (tube témoin obligatoire)
- ❑ CD25 (IL2-Rα)
- ❑ CD27
- ❑ CD40
- ❑ CD132 (IL2-Rγ)
- ❑ HLA de classe II (HLA-DR)
- ❑ HLA de classe I
- ❑ Molécules d'adhésion Leucocytaires (CD18/CD11)
- ❑ TIM3 (HAVCR2)
- ❑ gp91phox (CYBB)
- ❑ IL-12Rβ1 (CD212)

(héparine de lithium)

Intracellulaire (tube témoin obligatoire) :
- ❑ Perforine
- ❑ WASP
- ❑ SAP
- ❑ BTK
- ❑ FOXP3
- ❑ DOCK8
- ❑ RLTPR (CARMIL2)

Etude GÉNÉTIQUE 1 Tube EDTA (10mL)

CONSENTEMENT GENETIQUE SIGNE et arbre généalogique OBLIGATOIRES
- ❑ Congélation d'ADN

Panel NGS:
- ❑ Panel déficits immunitaires héréditaires

SANGER / MLPA/ Microfragments:
- ❑ Autre étude de gènes : ……
- ❑ Ségrégation familiale : ……

Nom du cas index :……
Lien familial : ……
Gène à étudier : ……

- ❑ **Diagnostic Pré-Natal (DPN)**

(Remplir la feuille de DPN CEDI)
Nom du cas index : ……
Gène à étudier : ……

IMMUNOLOGIE 1 Tube HEPARIATE de LITHIUM (5 à 10 mL)
Tube témoin obligatoire: adulte sain sang sur héparinate de lithium

Prolifération lymphocytaires (TTL): du lundi au mercredi
Mitogènes : ❑ PHA ❑ OKT3

Antigènes : à remplir impérativement si TTL antigénique demandé
- ❑ Anatoxine tétanique: date du dernier vaccin = ……
- ❑ Tuberculine : vaccination BCG = ……
- ❑ Autres antigènes :……

Autres études fonctionnelles :
- ❑ Explosion oxydative – DHR (suspicion de CGD)
- ❑ Expression de CD40L et binding de CD40 par les LT

❑ **Étude de la répartition pigmentaire des cheveux par microscopie optique** (mèche coupée à la racine) , (suspicion des syndromes de Griscelli ou Chediak-Higashi)

❑ Autre :……