RECUEIL D'INFORMATIONS CLINIQUES - IMMUNOPHENOTYPAGES

PATIENT *(Etiquette patient)*

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

DEMANDEUR

Médecin demandeur : ……
Téléphone : ……..

A joindre impérativement au bon de demande d'Immunologie
En l'absence de renseignements cliniques, l'analyse ne sera pas réalisée.

Contacts laboratoire d'Immunologie, secteur Immunologie cellulaire : 14327

RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES et/ou THERAPEUTIQUES

Motif de la demande : ……
……
……
……
……
……

Antécédents

Infection(s) :……
……
……

Auto-immunité/granulomatose :……
……
……..

Antécédent familial de Déficit Immunitaire Primitif :……
……
……

Cancer(s) :……..
……..
……..

Traitement(s) pouvant avoir un effet sur les lymphocytes :……
……
……

Si demande provenant en dehors du CHU de Bordeaux :

Dosage pondéral des immunoglobulines : IgG : ……..… IgA : ……..… IgM : ……..… IgE : ……
Sous classes IgG (si réalisé) : ……..

Sérologies post vaccinales :
Tétanos : taux protecteur / non protecteur ……..
Diphtérie : taux protecteur / non protecteur ……..
Pneumocoque : taux protecteur / non protecteur ……..