

**Formulaires de demandes et de consentements éclairés du patient - Biochimie
spécialisée & Auto-Immunité**

Table des matières

QUANTIFERON-TB GOLD PLUS.....	2
ASHTEST RÉF : AHT.....	3
NASHTEST RÉF : NHT	4
FIBROMAX RÉF : FBMA.....	5
FIBROTEST - ACTITEST RÉF : FIAC	6
STEATOTEST RÉF : STT	7
PARAMETRES ALZHEIMER	8

QUANTIFERON-TB GOLD PLUS

FORMULAIRE DE DEMANDE

IDENTIFICATION du patient (à compléter ou étiquette)

NOM :

Prénom :

Date de naissance Sexe : M / F

Adresse :

.....

ETIQUETTE

IDENTIFICATION PATIENT

ORIGINE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR : N° INAMI:.....

Cachet, date et signature :

Procédure de prélèvement et de traitement des échantillons pour le test QUANTIFERON-TB GOLD PLUS

- Les tubes pour le test QUANTIFERON-TB GOLD PLUS doivent être conservés à t° ambiante (jamais au frigo !)
- Utiliser les 4 tubes « spéciaux » fournis par le laboratoire (Bouchons verts et jaunes = TB Antigen, bouchon mauve = Mitogen et bouchon gris = Nil)
- Remplir les 4 tubes jusqu'au trait noir (!! ni plus haut, ni plus bas !!)
- Agiter les 4 tubes par une dizaine de retournements, afin de solubiliser les « réactifs » fixés sur la paroi.

Indiquer ici : DATE et HEURE DE REALISATION DU PRELEVEMENT :

...../...../..... :

- Transférer les échantillons au laboratoire à t° ambiante dans les 16 H maximum qui suivent le prélèvement (CHU Site S.T. : du lundi au vendredi de 8h à 18h au dispatching central, en dehors de ces heures au laboratoire des urgences – CHU Site NDB : laboratoire)

Procédure de traitement au LABORATOIRE

- Après avoir agité les 4 tubes par une dizaine de retournements, placer les 4 tubes en position verticale dans l'étuve à 37° pendant 16 à 24H Maximum

Indiquer ici : DATE et HEURE de placement en étuve à 37° :

...../...../..... :

- Retirer les 4 tubes de l'étuve et les faire parvenir à t° ambiante au laboratoire d'Immunologie Humorale

Indiquer ici : DATE et HEURE de retrait de l'étuve :

...../...../..... :

Pour les laboratoires sous-traitants : Le transfert des échantillons peut s'effectuer :

- soit après prélèvement : délai max 16H - transport à t° ambiante,
- soit après incubation pendant 16 à 24H à 37° : délai max 2 jours - transport à t° ambiante.

ASHTEST

Réf : AHT

ORIGINE :

MEDECIN DEMANDEUR :

INAMI :

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	α 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO
STEA	<input type="checkbox"/>	Index

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube SEC 10mL avec gel (bouchon orange)

NASHTEST

Réf : NHT

ORIGINE :

MEDECIN DEMANDEUR :

INAMI :

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	α 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO
G	<input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun
TG	<input type="checkbox"/>	Triglycérides
CHT	<input type="checkbox"/>	Cholesterol Total
NASH	<input type="checkbox"/>	Index

POIDS : kg

TAILLE : m

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube SEC 10 mL avec gel (bouchon orange)

FIBROMAX

Réf : FBMA

ORIGINE :**MEDECIN DEMANDEUR :****INAMI :**

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale	FBT		Index Fibrotest
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT		ET	
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine	STEA		Index Steatotest
MAC	<input type="checkbox"/>	α2-macroglobuline		ET	
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1	ACT	<input type="checkbox"/>	Index Actitest
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP		OU	(Hépatites B/C)
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO	ASH	<input type="checkbox"/>	Index Ashtest
G	<input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun		OU	(Stéato. infla. alcool.)
TG	<input type="checkbox"/>	Triglycérides	NASH	<input type="checkbox"/>	Index Nashtest
CHT	<input type="checkbox"/>	Cholesterol Total			(Stéato. métabolique)

POIDS : kg

TAILLE : m

Données cliniques :

- Inconnu
- Hépatites B/C
- Maladies métaboliques
- Consommation excessive d'alcool

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube SEC 10 mL avec gel (bouchon orange)

FIBROTEST - ACTITEST

Réf : FIAC

ORIGINE :

MEDECIN DEMANDEUR :

INAMI :

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	α 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
FBT	<input type="checkbox"/>	Index Fibrotest
ACT	<input type="checkbox"/>	Index Actitest

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube SEC 10 mL avec gel (bouchon orange)

Syndrome de Gilbert

STEATOTEST

Réf : STT

ORIGINE :

MEDECIN DEMANDEUR :

INAMI :

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	α 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO
G	<input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun
TG	<input type="checkbox"/>	Triglycérides
CHT	<input type="checkbox"/>	Cholesterol Total
STEA	<input type="checkbox"/>	Index

POIDS : kg

TAILLE : m

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube SEC 10mL avec gel (bouchon orange)

PARAMETRES ALZHEIMER

protéines tau et phospho-tau, peptides bêta-amyloïdes 1-40 et 1-42

IDENTIFICATION du patient (à compléter ou étiquette)

NOM :

Prénom :

Date de naissance Sexe : M / F

Adresse :

.....

ETIQUETTE

IDENTIFICATION PATIENT

ORIGINE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR : N° INAMI:

Cachet, date et signature :

Procédure de prélèvement et de traitement des échantillons



- Prélever 1-2mL de LCR (ponction préférentielle au niveau des vertèbres L3/L4 ou L4/L5) **UNIQUEMENT** dans les **tubes en polypropylène** fournis pour collecte de LCR dans le cadre des paramètres Alzheimer :

Réf : **Sarstedt® 5ml 63.504.027**

- Garder le tube **en position verticale** dans un sachet séparé des autres tubes destinés aux analyses de « routine ».

« Acheminement rapide au laboratoire (transfert vers labo : délai maximal de 4h !!). »

Procédure de traitement au LABORATOIRE



- Centrifuger le LCR pendant 10 minutes à ± 2000 G et à température ambiante, afin d'exclure les cellules et autres matières insolubles. Attention que les échantillons hémorragiques doivent être signalés.

- Aliquoter 1 ml dans un petit tube de stockage étiqueté et congeler au -80°C **en position verticale**. Placer le restant de LCR dans un deuxième voire troisième tube (1 ml par tube).

Réf : **Sarstedt 1.5 mL 72.703**

Pour les laboratoires sous-traitants, conserver le ou les tubes aliquotés à -20 °C ou -80°C préférentiellement, jusqu'à l'envoi **CONGELE en position verticale**.