



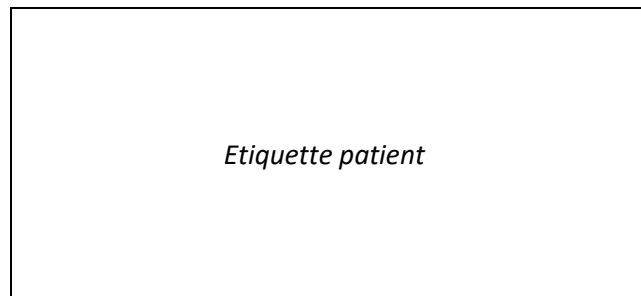
Fiche de prescription : anticorps anti-interféron de type I

DATE DE PRELEVEMENT :

HEURE DE PRELEVEMENT :

PRESCRIPTEUR : (Signature + cachet)

PRELEVEUR :



SERVICE :

HOPITAL :

TELEPHONE :

NON OPPOSITION DU PATIENT (une fiche d'information a été communiquée)

SIGNATURE PATIENT ou du représentant légal :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONTEXTE DE LA DEMANDE

Motif de la demande / Diagnostic suspecté :

Phase de poussée : O / N

Traitement (reçus ou encore actifs) :

ATCD :

Infections chronique/sévère en cours:

Conditions d'acheminement

- Prélèvement sur **tube sec avec ou sans gel**
- Centrifugation (2250 +/- 250 g pendant 10 minutes à T° ambiante) et décantation
- Envoi :
 - A température ambiante dans un délai de 2 jours
 - Réfrigéré (+4°C) dans un délai de 14 jours
 - Congelé (-20°C) dans un délai de plus de 14 jours

Code d'enregistrement CHLS : SAIFNE

ADRESSE :

Hôpital Lyon Sud
Laboratoire d'Immunologie - Centre de Biologie Sud – Bâtiment 3D
165 Chemin du grand Revoyet
69495 Pierre Bénite Cedex, France

CONTACTS RENSEIGNEMENTS : **04.78.86.57.00** (direct HCL : **36.57.00**) puis taper 1 puis 4
(Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone)

Fiche d'information - Base de données anticorps anti-interféron

Madame, Monsieur,

Vous avez une ordonnance qui prescrit, pour vous ou pour votre enfant, une prise de sang afin de réaliser le dosage des anticorps anti-interféron de type I.

Nous sollicitons votre accord pour conserver ces résultats dans notre base de données au laboratoire, afin de pouvoir les analyser conjointement à ceux d'autres patients présentant des symptômes proches, et ce afin d'améliorer les connaissances concernant ces anticorps.

Les résultats sont conservés de manière anonyme dans notre laboratoire.

Nous vous demandons de bien vouloir cocher la case de non opposition figurant en première page, et vous remercions pour votre coopération.

L'équipe d'immunologistes et de biologistes.