

Laboratoire d'Immunologie

Demande du dosage de Quantiféron-TB (Test IGRA)

RDV : Le...../...../.....

Réservé au laboratoire

Date de la réception de la demande : le...../...../.....

RDV accordé par :

Signature :

Etiquette du laboratoire

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom : Age : Genre : H ☐ F ☐ Tél :

Service demandeur : : Externe ☐ Hospitalisé ☐

N° de dossier : N° de soin : Matricule :

Type de prélèvement : Sang

* Deux Tubes héparinate de Lithium de 5 ml /Bouchon vert

* Délai maximum entre prélèvement et arrivée au laboratoire <30mn

Etiquette d'admission

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

* Antécédents personnels : Diabète ☐ HTA ☐ Insuffisance rénale ☐ Autres :

* Contage tuberculeux ☐ Localisation :

MOTIF DE LA DEMANDE

1) Dépistage d'une infection tuberculeuse latente ☐

- Bilan pré anti-TNF ☐ : PR ☐ SPA ☐ MICI ☐ (Chron/RCH) Autres ☐ :

- Sujet immunodéprimé /sous immunosuppresseurs ☐ : Molécules.....

2) Suspicion d'une tuberculose maladie (Enfant < 4 ans) ☐

3) Tuberculose oculaire ☐

TRAITEMENT REÇU

Corticoïdes ☐ Méthotrexate ☐ Anti-paludéens de synthèse ☐ Autres :

CLINIQUE

Toux ☐ Fièvre ☐ Hémoptysie ☐ Adénopathies ☐ Autres :

BIOLOGIE

BK positifs dans les crachats ☐ Créatinine : $\mu\text{mol/L}$ CRP : mg/L Albumine : g/L

NFS : GB : elts/mm^3 Lymphocytes : elts/mm^3 Hb : g/dL PLQ : $\times 10^3 \text{ elts/mm}^3$

IMAGERIE

Rx Thorax :

Rx Rachis :

Autres Rx :

Identité du préleveur :

Date et heure de prélèvement

le /...../..... à

Nom et Prénom (LISIBLE) du prescripteur :

Mail :

Tél :

Le...../...../.....

Signature et cachet

NB : Jour de prélèvement souhaitable du Lundi au Jeudi

EPS Charles Nicolle - Adresse : Boulevard du 9-Avril 1006 : 71 151 452-71 151 472 Fax : 71 2795

BM-GD-FOR-03 Version 01- 17 Mai 2024

Page ½ →

CONSENTEMENT

Le laboratoire d'immunologie vous informe que vos données/échantillons biologiques collectés pourront être réutilisés, sauf opposition de votre part, de manière anonyme, en garantissant leur confidentialité, dans l'objectif de mener des projets de recherche qui visent à améliorer les connaissances scientifiques et à contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique.

Je soussigné(e) Mr/Mme.....atteste avoir été informé(e) que mon accord préalable est indispensable pour mener de tels projets.

* j'autorise l'utilisation de mes données /échantillons biologiques collectés en vue de leur réutilisation pour des projets de recherche : Oui ☐ Non ☐

Signature du patient

	Code laboratoire	Non-conformité pré-analytiques détectées au laboratoire d'immunologie Le...../...../.....	NC détectée(s)	par
	Non-conformités de prescription = NCDE (demande d'examens)			
réservé au laboratoire	NCDE1	Absence de demande d'examens		
	NCDE2	Absence totale d'identification du patient sur la demande d'examens		
	NCDE3	Discordance d'identité		
	NCDE4	Nature des examens non précisée		
	NCDE5	Absence d'identification du service demandeur		
	NCDE6	Absence d'identification du prescripteur		
	NCDE7	Absence de date de prélèvement		
	NCDE8	Absence d'identification du préleveur de l'unité de la réception du laboratoire d'immunologie		
	NCDE9	Absence de renseignements cliniques pertinents (relatifs à l'indication de prestation)		
	Non-conformités de l'échantillon biologique = NCT (tube)			
	NCT1	Absence d'échantillon biologique		
	NCT2	Absence totale d'identification du patient sur l'échantillon		
	NCT3	Double étiquetage à deux identités différentes		
	NCT4	Discordance d'identité entre la demande d'examens et l'échantillon		
	NCT5	Échantillon biologique non conforme		
	NCT6	Prélèvement hémolysé		
	NCT7	Volume de prélèvement insuffisant		
	NCT8	Tubes de prélèvements non adéquats aux examens demandés		
	NCT9	Tubes de prélèvement périmés		
	Non-conformité relative à l'acheminement de l'échantillon biologique=NCA			
	NCA1	Délai d'acheminement dépassé		
	NCA2	Non - respect des conditions d'acheminement		

Autres :

.....
.....
.....

Conduite à tenir

.....
.....
.....