

Emetteur : IMMUNO THERAPIE CELL HEMATOPOIESE

Date d'application : 11/10/2021

PÔLE BIOLOGIE

SERVICE D'IMMUNOLOGIE, THERAPIE CELLULAIRE ET HEMATOPOÏESE

Analyses effectuées au laboratoire d'Immunologie du CHU de Rennes – Dr M. De Saint Jore

CE FORMULAIRE PERMET DE GUIDER LA PRESCRIPTION ET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS INDISPENSABLES A LA BONNE INTERPRETATION DES RESULTATS.

IL NE REMPLACE PAS LA PRESCRIPTION D'ANALYSE SUR LE BON D'IMMUNOLOGIE.

Document disponible [sur le manuel de prélèvement](#).

INFORMATION SUR L'ACHEMINEMENT DES PRELEVEMENTS :

- **Ne pas mettre les prélèvements dans la glace +++.**
- Envoi immédiat (maximum **2 heures**) au Laboratoire d'Immunologie à **température ambiante**.
- **Envoyer une copie de ce document avec chaque prélèvement.**

La prise en charge des prélèvements est réalisée 24h/24h par le laboratoire d'Immunologie ou le personnel en réception en dehors des horaires d'ouverture du laboratoire d'Immunologie.

Merci de compléter les informations ci-dessous pour nous permettre de faire le lien entre les prélèvements présents au laboratoire et votre patient :

| |
|---|
| Patient Nom : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ |
|---|

| |
|---|
| Médecin prescripteur Nom : _____ Service : _____ Hôpital : _____ Adresse : _____ Mail : _____ |
|---|

- **Date et heure précises du début des signes cliniques** : Le __/__/____ à __h__
- **Date et heure précises du prélèvement** : Le __/__/____ à __h__
- **Précisions** :

| | Tryptase (tube sec - 7mL) | Histamine plasmatique* (tube EDTA - 5mL) |
|---|------------------------------|--|
| Prélèvement N° 1 (15 - 60 minutes après le début des signes cliniques) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prélèvement N° 2 (2h après le début des signes cliniques ou après le premier prélèvement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prélèvement N° 3 (au minimum 24h après la réaction ou avant la sortie du patient) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Dosage pouvant être annulé par le laboratoire en cas de résultat de tryptase contributif ou si prélèvement hors délai.

- Grade de la réaction (selon la classification de Ring et Messmer) : Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4
- Agent(s) déclenchant(s) suspecté(s) : _____
- Grossesse en cours : oui non
- Patient sous Héparine : oui non

Laboratoire d'Immunologie Cellulaire – Allergologie
 BMT-HC Niveau 1
 CHU de Pontchaillou
 35033 RENNES Cedex 9
 02 99 28 90 57 (Poste 86781)