

## EXPLORATION DES PROTEINES DU COMPLEMENT

<b>NOM :</b> Prénom : Date de naissance : Sexe : N.I.P.		<b>Hôpital :</b> Service :
<b>Correspondant clinicien :</b>		<b>Date du prélèvement :</b>
<b>Conditions de prélèvement :</b> 2 vacutainers mauve (EDTA), à expédier à + 4°C et devant être réceptionnés par le laboratoire dans les 3 heures suivant le prélèvement (voir annexe si acheminement impossible dans ce délai)		
<input type="checkbox"/> Le patient a exprimé son opposition à la conservation et à l'utilisation de ses échantillons à des fins non diagnostiques.		
<b>Prescription</b>	<b>Code informatique</b>	<b>Renseignements cliniques</b>
<input type="checkbox"/> CH 50, C3, C4 <input type="checkbox"/> AP50 <input type="checkbox"/> Properdine <input type="checkbox"/> Terminaux (C5, C6, C7, C8 et C9) <input type="checkbox"/> C1-inhibiteur (quantitatif et fonctionnel) (= C1-estérase) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-C1-inhibiteur <input type="checkbox"/> C1q <input type="checkbox"/> Anticorps anti-C1q (isotype IgG) <input type="checkbox"/> Facteur I <input type="checkbox"/> Facteur H <input type="checkbox"/> Anticorps anti-facteur H (isotype IgG) <input type="checkbox"/> sC5b9 <input type="checkbox"/> C3 NeF (C3 <i>nephritic factor</i> ) <input type="checkbox"/> Dosage Eculizumab <input type="checkbox"/> CD46 Prévoir un tube EDTA à température ambiante supplémentaire <input type="checkbox"/> Autres dosages (contact téléphonique)	[COMP] [AP50] [CPROP] [COTER] [CAC1I] [CAC1I] [C1QE] [AC1QG] [COH] [COH] [AFHG] [SC5B9] [COC3N] [IECF]	<b>Diagnostic Principal</b>  <b>Contexte clinique particulier</b> <input type="checkbox"/> Contexte infectieux ◇ Méningocoque ◇ Autres : <input type="checkbox"/> Lupus : ◇ Actif ◇ Quiescent ◇ GN lupique : <input type="checkbox"/> Glomérulonéphrite aiguë <input type="checkbox"/> Glomérulopathies ◇ DDD ◇ Glomérulopathie à dépôts de C3 ◇ Autre : <input type="checkbox"/> Présence d'une immunoglobuline monoclonale sérique ◇ Isotype : <input type="checkbox"/> Angio-oedèmes ◇ Déficit héréditaire en C1 inhibiteur connu, traitement en cours : ◇ ATCD familiaux : ◇ Age de début : <input type="checkbox"/> Cryoglobulinémie <input type="checkbox"/> Traitement par dérivés sanguins (délais) <input type="checkbox"/> Traitement par éculizumab (Soliris®) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépato-cellulaire
<b>N° Enregistrement HEGP :</b>		

Cotations : Applications de la nomenclature CCAM et du référentiel des actes Hors Nomenclatures.

Les prescriptions peuvent être modifiées compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient



Hôpital européen Georges-Pompidou

20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Standard : 01 56 09 20 00

## SERVICE D'IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE

Pr. E. TARTOUR  
Chef de Service

Pr. F. PAGES, PU-PH  
01 56 09 39 46

Dr. V. FREMEAUX-BACCHI, PH  
01 56 09 39 47

Dr M.A. DRAGON-DUREY, MCU-PH  
01 56 09 59 99

Pr. W. H. FRIDMAN, PU-PH  
01 56 09 39 41

Dr. M. SENANT, AHU  
01 56 09 39 40

Dr E. LITVINOVA, Attaché  
01 56 09 29 35

### Cadre Supérieur de Laboratoire

Mme C. MOAT  
01 56 09 39 44

### Ingénieur Principal

Mr A. GEY  
01 56 09 23 18

### Secrétariat

Mme V. HAMELIN  
01 56 09 39 41

Laboratoire  
01 56 09 22 55

[immunobio.hegp@egp.aphp.fr](mailto:immunobio.hegp@egp.aphp.fr)

Télécopie  
01 56 09 20 80

Mail : [prenom.nom@egp.aphp.fr](mailto:prenom.nom@egp.aphp.fr)

## CONDITIONS DE PRELEVEMENTS POUR UNE EXPLORATION DES PROTEINES DU COMPLEMENT (hors AP-HP)

La qualité de l'interprétation des résultats dépend essentiellement de la qualité du traitement des échantillons en phase pré-analytique.

- L'exploration du système du complément est effectuée à partir de plasma EDTA.
- Certains composants du complément sont très labiles.
- Les prélèvements doivent être conservés au froid.

1. Prélever deux tubes sur EDTA (volume total = 10-15 mL).
2. Mettre les tubes dans un sac en plastique puis dans la glace jusqu'à acheminement au centre de tri.
3. Les renseignements cliniques sont indispensables.
4. Demande de consentement associée si étude génétique demandée.
5. Une bon de commande est nécessaire mentionnant une adresse de facturation.

### NOTE A L'ATTENTION DES CENTRES DE TRI

#### Vous avez deux possibilités :

#### **A. Faire parvenir directement les prélèvements à l'HEGP dans les 3 heures qui suivent le prélèvement**

Pôle de Biologie, 2<sup>e</sup> étage, zone bleue A  
AGEB  
20, rue Leblanc  
75015-Paris

#### **B. Si l'arrivée des prélèvements n'est pas possible dans les 3 heures, il est nécessaire d'effectuer une préparation des échantillons.** Vous devez dans un premier temps :

1. Centrifuger les tubes le plus rapidement possible à froid (4°C).
2. Préparer 6 à 10 tubes (type Hémolyse) (portant le nom, le prénom, la date de naissance du patient) d'un volume de 3 mL. Puis répartir le plasma en fractions de 300 à 500 µL, laisser environ 2 mm de hauteur de plasma dans les tubes de prélèvement, qui seront rebouchés et traités de la même façon que les aliquots de plasma.
3. Congeler les aliquots de plasma ainsi que les tubes de prélèvement à -80°C.
4. Le jour de l'envoi, mettre les tubes dans la carboglace.

Les renseignements cliniques sont indispensables de même que les coordonnées du clinicien ou du biologiste.

Le laboratoire réceptionne les tubes du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

Voici notre adresse complète :

**Service d'Immunologie Biologique  
Hôpital Européen Georges Pompidou - 20 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15**

En cas de problème ou pour plus de renseignements, vous pouvez contacter le service.



Hôpital européen Georges-Pompidou  
Pôle de Biologie  
20/40 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15

Service : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

## CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR ETUDE GÉNÉTIQUE

(Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

Ce document, ainsi que les documents cliniques indispensables, doit accompagner toute prescription d'analyse génétique.

<u>Identification du patient</u>	<u>Identité du titulaire de l'autorité parentale si mineur</u>
NOM : ..... Prénom : .....	Nom : .....
Date de naissance : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été Informé(e) par le ..... sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés, dans un but diagnostique et/ou de recherche, à partir :

- Du prélèvement qui m'a été effectué
  Du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur

Pour analyse de prédisposition génétique à: - la maladie suivante : .....
- la réponse anormale au(x) médicament(s) suivant(s) .....

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.1131-4 du 04 avril 2008 du code de la santé publique, me permettant de comprendre l'intérêt de ce prélèvement et sa finalité.

J'ai compris que cette étude peut entrer dans le cadre d'une étude familiale.

J'accepte que sur ce prélèvement puissent être fait d'autres tests, ultérieurement et en fonction du progrès des connaissances sur les causes génétiques de ma maladie familiale ou de ma susceptibilité vis-à-vis de mon traitement médicamenteux. A tout moment je pourrai demander la destruction de mes prélèvements conservés au laboratoire.

J'ai bien compris que le résultat de cet examen est confidentiel et me sera remis par le médecin prescripteur à moi seul(e) et que je suis libre de refuser qu'il me soit communiqué.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement informatique des données médicales nécessaires à cet examen (loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite « loi informatique et libertés »).

Fait à ..... le ..... Signature du patient (ou de son représentant légal) .....

### ATTESTATION

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les facteurs génétiques sa susceptibilité au(x) médicament(s) étudié(s) ou les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.1131-4.	Signature et cachet du médecin prescripteur
--	---

### RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION

(Conformément au décret n°2008-321 du 4 avril fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne)

Le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation, et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R. 1131-20).

Le laboratoire agréé réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Art R. 1131-20),
- adresser les comptes-rendus d'analyse commentés et signés par un praticien agréé conformément à l'Art. R.1131-6 **EXCLUSIVEMENT AU MEDECIN PRESCRIPTEUR** qui communiquera les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques à la personne concernée dans le cadre d'une consultation individuelle (Art. R.1131-19).