

ENREGISTREMENT

**ALVEOLITES –
IMMUNOPRECIPIATION**

DONNEES OBLIGATOIRES

PATIENT *et/ou étiquette patient*

Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom : Sexe : M – F
Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
N° sécurité sociale :

PRESCRIPTEUR *et/ou cachet prescripteur*

Nom :
Prénom :
Etablissement ou service :
Adresse :
N° téléphone :

ANALYSES DEMANDEES

Choix du panel d'antigènes (prévoir 1 mL de sérum par panel) :

Poumon de fermier (panel 1)
Poumon domestique (panel 1)
Poumon d'éleveur d'oiseaux
Autre (préciser l'exposition suspectée) :
Analyse microbiologique et antigène à la carte

Panels complémentaires, après négativité des panels 1 :

Poumon de fermier (panel 2)
Poumon domestique (panel 2)

PRELEVEMENT

Nature de prélèvement : **sérum (tube sec décanté)** **ou avec séparateur centrifugé**

Date et heure du prélèvement : ___ / ___ / ___ à ___ h ___

Préleveur (nom, prénom, qualité) :

Conditions de transport de l'échantillon : **entre +2° et +8°C**

Délai maximum d'acheminement de l'échantillon au laboratoire : **7 jours**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Fumeur actuel Non-fumeur Profession :

Principaux renseignements cliniques :

Le malade a bénéficié (examen effectué ou prévu) d'un scanner d'un LBA

RESULTATS A ADRESSER AU

Laboratoire Prescripteur médical Patient

Autre :