**ELISpot-IFNgamma**

🞐 **CMV** 🞐 **EBV** 🞐 **ADV** 🞐 **BKV** 🞐 **SARS** **COV-2**

🞐 **CANDIDA** 🞐 **ASPERGILLOSE**

🞐 **AUTRE** (avec accord du biologiste) ...........................................

***HOPITAL UNIVERSITAIRE NECKER-ENFANTS MALADES***

***LABORATOIRE D’IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE***

***Pr Eric Tartour***

***NOM  : …………………………………….***

***NOM de jeune fille  : ……………………..***

**Prénom : ……………………….….………**

**Né(e) le : ………/………/………**

**Sexe : 🞏 H 🞏 F**

***Prescripteur ……………….…………***

***Préleveur ……………………………..***

***SERVICE PRESCRIPTEUR***

**(Etiquette service)**

***Prélevé le ……/……/……….***

 ***à …...H ………***

***IDENTIFICATION PATIENT***

**(Etiquette Patient)**

**Examen sur RDV**

**Prélèvement** : Sang total sur tube **Héparinate de lithium** sans gel ou sur tube **ACD**

Ne pas centrifuger, conserver à température ambiante

**Volume :**

* **Adulte :** 20 ml,sauf ELISpot EBV : 30 ml
* **Pédiatrie :**
	+ **6 – 15 kg :** 5ml (minimum 3ml)
	+ **15 – 30 kg :** 10ml (minimum 5ml)
	+ **> 30 kg**:20ml(minimum 10ml)

*Si le patient est lymphopénique ou si plusieurs ELISpots sont demandés, contacter le biologiste pour adapter le volume de l’échantillon*.

**Acheminement :**

Il est indispensable d’acheminer les prélèvements au laboratoire d’immunologie :

* **A** **température ambiante**,
* Dans un délai maximal de **18h** après le prélèvement,
* Du lundi au jeudi 13h (prélèvements non acceptés les vendredis et les veilles de jours fériés).

**Renseignements sur le contexte clinique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞐 Receveur CTL  | Précisez la date d’injection :  | .………………………….….. |
| 🞐 Donneur CTL | Précisez le nom du receveur : ………………...……………. |
| 🞐 Transplanté rénal | 🞐 Transplanté hépatique | 🞐 Allogreffé  |
| 🞐 Primo-infection  | 🞐 Réactivation | 🞐 Infection chronique |
| 🞐 Charge virale  | ......................................... | date ................................ |

Autres renseignements*: ..............................................................................................................................*

Traitement immunomodulateur reçu : …………………………………….........………............................…….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresse d’envoi :** Laboratoire d’Immunologie BiologiqueBâtiment Hamburger, porte H1, 8ème étage Hôpital Necker Enfants Malades149 rue de Sèvres75015 Paris |  | **Contact pour la prise de rendez-vous :****Secrétariat : 🕿 01 44 49 53 73****🖂 secretariat.immuno.nck@aphp.fr** **Biologistes médicaux :** **🖂 lucienne.chatenoud@inserm.fr** |