

Accueil du laboratoire : ☎ 01 44 49 52 19 Secrétariat : ☎ 01 44 49 53 73 ✉ secretariat.immuno.nck@aphp.fr
Fax 01 44 49 53 74

Pr Eric TARTOUR chef de service
Pr Lucienne CHATENOU
Dr Marie-Alexandra ALYANAKIAN
Dr Stéphanie CHHUN
Dr Marie LE GALL
Lauriane FERMIER (cadre)

✉ eric.tartour@aphp.fr
✉ lucienne.chatenoud@inserm.fr
✉ marie-alexandra.alyanakian@aphp.fr
✉ stephanie.chhun@aphp.fr
✉ marie.roelens@aphp.fr
✉ lauriane.fermier@aphp.fr

RECHERCHE AUTOANTICORPS :

Horaires de réception du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00

IDENTIFICATION PATIENT (Etiquette Patient)	Date et heure du prélèvement __ / __ / 20__ h __
	HOPITAL SERVICE MEDECIN PRESCRIPTEUR PRELEVEUR ☎ TEL ☎ FAX

NOM : **NOM de jeune fille :**
Prénom : **Né(e) le :** / /
Sexe : ☐ H ☐ F

- **Prélèvements sanguins** sur **tube sec** : à conserver à +4°C pendant 12 heures maximum (délai d'acheminement inclus) ; au-delà de 12 heures, décanter et transmettre le sérum congelé.
Ci-après, quantité nécessaire de sérum pour chaque examen.

Myasthénie

- ☐ anti-récepteur de l'acétylcholine (RACH) 250 µl
- ☐ anti-MuSK 100 µl
- ☐ anti-titine (MGT30) 100 µl

Renseignements cliniques :

- ☐ Diagnostic initial
- ☐ Suivi
- ☐ Thymome

Maladies neurologiques auto-immunes

- ☐ anti-GAD sang et LCR 100 µl

Diabète auto-immun

Renseigner la fiche dédiée au verso

Entéropathie auto-immune

- ☐ AIE 75 KD 100 µl
- ☐ ASCA (anti-saccharomyces cerevisiae) 100 µl

Renseignements cliniques :

- ☐ Diagnostic initial
- ☐ Suivi

Gastrite auto-immune

- ☐ H+K+ATPase 600 µl

Accueil du laboratoire : ☎ 01 44 49 52 19 Secrétariat : ☎ 01 44 49 53 73
Fax 01 44 49 53 74

Pr Eric TARTOUR chef de service
Pr Lucienne CHATENOU
Dr Marie-Alexandra ALYANAKIAN
Dr Stéphanie CHHUN
Dr Marie LE GALL
Lauriane FERMIER (cadre)

✉ secretariat.immuno.nck@aphp.fr

✉ eric.tartour@aphp.fr
✉ lucienne.chatenoud@inserm.fr
✉ marie-alexandra.alyanakian@aphp.fr
✉ stephanie.chhun@aphp.fr
✉ marie.roelens@aphp.fr
✉ lauriane.fermier@aphp.fr

RECHERCHE DES AUTOANTICORPS DU DIABETE INSULINO-DEPENDANT (TYPE1)

Horaires de réception du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00

IDENTIFICATION PATIENT (Etiquette Patient) NOM : NOM de jeune fille : Prénom : Né(e) le :/...../..... Sexe : ☐ H ☐ F	Date et heure du prélèvement __ / __ / 20__ h
	HOPITAL SERVICE MEDECIN PRESCRIPTEUR PRELEVEUR ☎ TEL ☎ FAX

- **Prélèvements sanguins** sur **tube sec** : à conserver à +4°C pendant 12 heures maximum (délai d'acheminement inclus) ; au-delà de 12 heures, décanter et transmettre le sérum congelé.
Ci-après, quantité nécessaire de sérum pour chaque examen.

Autoanticorps demandés :

☐ Anti-insuline 100 µl

☐ Anti-insuline / anti-GAD / Anti-tyrosine phosphatase (IA2) / Anti-ZnT8 400 µl uniquement dans le cadre du dépistage intrafamilial

Renseignements cliniques :

☐ Test de dépistage (1^{ère} détermination) :

☐ Test de confirmation (indiquer le ou les autoanticorps positif(s)) :

☐ Transplantation :