



EXPLORATION DES PROTEINES DU COMPLEMENT

CHECK LIST AVANT ENVOI

- ☐ Renseignements cliniques
- ☐ Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation des tests (ex : copie de la PBR pour toute demande de C3Nef)
- ☐ Attention : CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 = tube **non centrifugé** à température ambiante délai d'acheminement <48h
- ☐ Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM :	Hôpital :
NOM DE NAISSANCE :	Service :
Prénom :	Téléphone/Fax :
Date de naissance :	Médecin prescripteur :
Sexe :	Mail :
PRELEVEMENT SANGUIN : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à +4°C et devant être réceptionnés par le laboratoire dans les 3 heures suivant le prélèvement. Si ce délai ne peut être respecté, centrifuger et envoyer 6 aliquots étiquetés + le tube primaire à -80°C. - CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 : 1 tube EDTA à température ambiante expédié dans les 48h.	
Date de prélèvement : ____/____/____ Heure de prélèvement : ____ h ____ Préleveur :	
☐ Le patient a exprimé son opposition à la conservation et à l'utilisation de ses échantillons à des fins non diagnostiques.	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (merci de joindre tout document relatif à l'indication)	
!! Les prescriptions peuvent être modifiées par le biologiste compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient ☐ Exploration du complément (Complément Total (CT), C3, C4) ☐ SHU / MAT (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) ☐ CD46 (+1 tube EDTA température ambiante) ☐ Suivi médicament bloqueur du complément (CT, C3, C4, dosage médicament, sC5b9) ◇ Molécule : ◇ Indication : ☐ Glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b) ☐ Glomérulonéphrite à dépôt de C3 Merci de joindre un compte-rendu de ponction biopsie rénale pour justifier la recherche du C3Nef (CT, C3, C4, Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H, sC5b9, anticorps anti-Facteur B, anticorps anti-C3b, +/- C3Nef) ☐ Contexte infectieux (méningites, infections graves et/ou à répétition) (CT, C3, C4, AP50 +/- properdine, C5, C6, C7, C8, C9) ☐ Germe : ☐ Lupus (CT, C3, C4, C1q +/- anticorps anti-C1q) ☐ Vascularite urticarienne hypocomplémentémique (CT, C3, C4, C1q, anticorps anti-C1q) ☐ Angio-oedèmes bradykiniques (CT, C3, C4, C1 inhibiteur (quantitatif et fonctionnel), +/- C1q) ☐ Déficit héréditaire en C1 inhibiteur connu ☐ Suspicion de déficit acquis (lymphome, ...) (anticorps anti-C1 inhibiteur) : ☐ Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN) ☐ Dépistage du clone HPN ☐ Dépôt de C3 à la surface des GR ☐ Recherche de déficit en CD55 (CHAPLE) ☐ Recherche de déficit en CD59 ☐ Suivi de patients sous thérapie génique (CT, C3, C4, sC5b9, +/- Facteur H, Facteur I, Anticorps anti-facteur H) ☐ Nom de la thérapie : ☐ Autres (prescription libre justifiée) :	

EXPLORATION GENETIQUE DES PROTEINES DU COMPLEMENT

CHECK LIST AVANT ENVOI

- ☐ Consentement dûment signé par le/la patient(e) ET par le prescripteur
- ☐ Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation de l'analyse génétique (CRH, résultats PBR...)
- ☐ Mail envoyé à genetiquedecomplement.egp@aphp.fr
- ☐ Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM :	Hôpital :
NOM DE NAISSANCE :	Service :
Prénom :	Téléphone/Fax :
Date de naissance :	Médecin prescripteur sénior :
Sexe :	N° RPPS (obligatoire) :
	Mail et numéro de téléphone :
	N° FINESS Géographique :
	N° FINESS Juridique :

PRELEVEMENT SANGUIN : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à température ambiante

Date de prélèvement : | | | / | | | / | | | Heure de prélèvement : | | | h | | | Préleveur :

☐ Le patient a exprimé son opposition à la conservation et à l'utilisation de ses échantillons à des fins non diagnostiques.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Merci de joindre tout document relatif à l'indication et arbre généalogique en fonction de la clinique et d'envoyer un mail à genetiquedecomplement.egp@aphp.fr

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

Toute demande d'exploration génétique nécessite un dosage des protéines du complément au préalable dans notre laboratoire.

- ☐ PANEL NGS Syndrome Hémolytique et Urémique (CFH, CFI, CD46, C3, CFB, DGKe, THBD)
- ☐ PANEL NGS Glomérulonéphrite à dépôts de C3 (CFH, CFI, CD46, C3, CFB, CFHR5)
- ☐ PANEL Angioedème bradykinique (C1INH, ANGPT1, PLG, KNG1, FXII)
- ☐ PANEL Récepteurs (CD55 (CHAPLE), CD59)
- ☐ **EXPLORATION CIBLEE : indiquer le/les gène(s) cible(s) et cocher la case correspondante**

GENE CIBLE : _____

- ☐ Caractérisation moléculaire d'un déficit quantitatif identifié par dosage immunochimique
- ☐ Confirmation exome (Joindre le CR de génétique)
- ☐ Etude familiale (joindre arbre généalogique)

Nom, Prénom, DDN du cas index : _____

Suivi biologique des patients HPN sous Inhibiteur du Complément

CHECK LIST AVANT ENVOI

- ☐ Attention : étude des dépôts de C3 sur le clone HPN tube non centrifugé à température ambiante délai d'acheminement <48h
- ☐ Type de traitement
- ☐ Bon de commande

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM :	Hôpital :
NOM DE NAISSANCE :	Service :
Prénom :	Téléphone/Fax :
Date de naissance :	Médecin prescripteur :
Sexe :	Mail :

PRELEVEMENT SANGUIN : 2-3 vacutainers mauve (EDTA) à +4°C et devant être réceptionnés par le laboratoire dans les **3 heures** suivant le prélèvement. Si ce délai ne peut être respecté, centrifuger et envoyer 6 aliquots étiquetés + le tube primaire à -80°C.

- CD46, HPN, CD55, CD59, dépôt de C3 : 1 tube EDTA à température ambiante expédié dans les 48h.

Date de prélèvement : ____/____/____ Heure de prélèvement : ____h ____ Préleveur :

☐ Le patient a exprimé son opposition à la conservation et à l'utilisation de ses échantillons à des fins non diagnostiques.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (merci de joindre tout document relatif à l'indication)

!! Les prescriptions peuvent être modifiées par le biologiste compte tenu des renseignements cliniques ou des antécédents du patient

Traitement bloqueur du complément :

- ☐ Eculizumab (Soliris); date d'injection :
- ☐ Ravulizumab (Ultomiris); date de début :
- ☐ Crovalimab (Imfinzi); date de début :
- ☐ Pegcetacoplan (Aspaveli) ; date de début :
- ☐ Iptacopan ; posologie, date de début :
- ☐ Autre :

Analyses effectuées :

- ☐ Complément Total (CT), C3, C4, +/-dosages des fragments d'activation, +/- dosage du médicament (résiduel)
 - o 1 tube EDTA
 - o **Envoi dans les 3 h** après le prélèvement ne pas centrifuger, à envoyer à 4°
 - o **Envoi >3 h** après le prélèvement: centrifuger les tubes à +4, faire 6 aliquots identifiés, congeler et envoyer à -80°
- ☐ Clone HPN : Etude des dépôts de C3 à la surface des GR
 - o 1 tube EDTA
 - o **Attention : ne pas centrifuger ; envoi à température ambiante dans les 48h après le prélèvement**