

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	DOCUMENT INFORMATIF <b>Bilan de neutropénie auto-immune</b>	Diffusion par : PHU 07 - Biologie - IMMUNOLOGIE	9108-DI-039
	Processus : *Métier Biologie\Pré-analytique	Page 1 / 1	V. 10

## BILAN D'EXPLORATION D'UNE NEUTROPENIE AUTOIMMUNE

→ Réception des prélèvements du **Lundi au vendredi avant 17h** ←

### Enfant / Adulte

- **5 ml tube sec**

**Non traitable si réception > 72h du prélèvement**

Si prélèvement le vendredi, week-end ou veille de jours fériés **décanter le sérum (tube sec)**, le conserver à +4°C et réaliser l'envoi le jour ouvré suivant.

Merci de joindre aux prélèvements **une fiche médicale** précisant :

- le nom, le prénom, la date de naissance **du patient**
- le nom et le numéro de téléphone du **médecin prescripteur**
- Les renseignements cliniques

**Adresse d'envoi :** CHU Nantes - Laboratoire d'Immunologie  
9 quai Moncousu  
44093 Nantes cedex 01  
**Tél. : 02.40.08.40.88 – 02.40.08.40.61**  
Fax. : 02.40.08.42.14

### COTATION DE L'ANALYSE

La cotation d'un bilan de neutropénie auto-immune varie en fonction des résultats d'analyse obtenus.

**Cotation maximale : B 400**

- ✓ Dépistage sur panel : 0164 x 1 (B100)
- ✓ Identification sur panel : 0165 x 1 (B300) si dépistage positif

REDACTEUR(S)	APPROBATEUR(S)	Date d'application
Hans KERCHROM (Ingénieur en biologie médicale - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	Marie AUDRAIN (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	14/10/2020

**1. Identification du patient** (\*les critères demandés sont nécessaires à l'identitovigilance)

Nom\* : Prénom\* : Nom de naissance\* :  
 DN\* : Lieu de naissance\* : Sexe\* : F/M  
 Adresse :

**2. Identification du prescripteur**

Nom : Prénom : Téléphone :  
 Hôpital : Service :  
 Adresse :

**3. Neutropénie**

Date de découverte :

Evolution : Chronique (O/N) Aigue (O/N) Cyclique (O/N)

Date	GB/mm3	PN (O/N)	Traitement

Signes biologiques : Hb : GR : Plaq :  
 Myélogramme Blocage de maturation : (O/N) Si oui, stade ?

**4. Signes cliniques :**

Infections : oui non nature  
 Virose : oui non nature  
 Hémopathie : oui non nature  
 Immunopathologie : oui non nature

**5. Antécédents**

Transfusions : Plaq (O/N) GR (O/N)  
 Grossesses : Nb :

**6. Traitements**

	Dose	Date début	Date fin
Ig I.V.			
Stéroïdes			
Autres			