

## COMPLEMENT : PROTEINES DE LA VOIE ALTERNE

<b>NOM :</b> Prénom : Date de naissance : Sexe : <b>N.I.P. :</b>	Hôpital : Service : Adresse :  Tél. :
<b>Correspondant clinicien :</b> Tél. :	<b>Date du prélèvement :</b>
<b>• 2 tubes EDTA, conservés à 4°C (transport dans la glace) (Conditions de prélèvement en annexe pour la province)</b> <input type="checkbox"/> CH50, C3, C4 <input type="checkbox"/> C3 NeF [BHN300] <input type="checkbox"/> Facteur B <input type="checkbox"/> Facteur H, Facteur I [2BHN70]	
<b>• 1 tube EDTA, température ambiante (sur sang total, ne pas centrifuger)</b> <input type="checkbox"/> CD46 membranaire [BHN100]	
<b>• 1 tube EDTA, température ambiante</b>  Nécessite un consentement pour une étude génétique  <input type="checkbox"/> Etude génétique du Facteur H [BHN4500] <input type="checkbox"/> Etude génétique de CD46 (MCP) <input type="checkbox"/> Etude génétique du Facteur I	
<b>CONTEXTE CLINIQUE</b>	
<b>TRAITEMENT</b>  <input type="checkbox"/> Culot globulaire <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques Date :  <input type="checkbox"/> PFC Date :	