

**ORDONNANCE MEDICALE**  
**IMMUNOLOGIE – IMMUNOGENETIQUE**  
**HISTOCOMPATIBILITÉ**

Accréditation EFI n°06-025-975

**Poste : 56187**

Responsable du service : Pr M.O JAUBERTEAU – Directeur du secteur HLA : Dr M. FILLOUX

**Répertoire des Immunoglobulines (Race-NGS)**

| IDENTIFICATION                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ETIQUETTE PATIENT</b></p> <p>N° ENTRÉE .....<br/>           NOM .....<br/>           PRENOM .....<br/>           NOM DE JEUNE FILLE .....<br/>           SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M<br/>           DATE DE NAISSANCE .....</p> | <p><b>ADRESSE ETABLISSEMENT<br/>OU TAMPON DU SERVICE<br/>(CHU LIMOGES)</b></p> <p>.....</p> |
| <p><b>PRÉLÈVEMENT</b></p> <p>DATE ...../...../.....<br/>           HEURE .....H.....</p>                                                                                                                                                                             | <p><b>ETIQUETTE LABORATOIRE</b></p> <p>.....</p>                                            |
| <p><b>PRESCRIPTEUR</b></p> <p>NOM : .....<br/>           N° TELEPHONE : .....<br/>           ADRESSE : .....</p>                                                                                                                                                     |                                                                                             |

| Renseignements cliniques (OBLIGATOIRES)                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suspicion diagnostique (ou diagnostic si suivi).....                                                                                                                                                                                                                                      |
| Isotype du clone si déjà connu.....                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Traitements en cours (chimiothérapie, biothérapie..).....                                                                                                                                                                                                                                 |
| - Pour toute demande concernant une recherche de <b>clonalité</b> (hors patient de Limoges) : merci de joindre le résultat du dosage des chaînes légères, EPP/EPU, IEPP, IEPU et le compte-rendu des biopsies réalisées en cas de <b>maladies de dépôts d'immunoglobuline monoclonale</b> |

| Information sur le prélèvement                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Tube TEMPUS™</b></p>  <p><b>Agiter+++ énergiquement après prélèvement</b></p> | <p><b>RNA Later®</b></p> <p>Immerger le tissu disséqué (&lt; 0,5 cm<sup>3</sup>) dans ~ 5 volumes de <i>RNAlater</i> à température ambiante</p>  |                                                          |                             |
| <p><b>Sang : Prélever 3 mL directement dans le tube Tempus™</b> <input type="checkbox"/></p>                                                                           | <p><b>Moelle Osseuse: Prélever 1 à 3 mL par aspiration et transférer en tube Tempus™</b> <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                 | <p><b>Biopsie osseuse :</b> <input type="checkbox"/></p> | <p><b>Autre : .....</b></p> |

| Adresse d'expédition (Température ambiante sous 7 jours)                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CHU Limoges – Laboratoire d'immunologie<br/>           CBRS – CHU de LIMOGES<br/>           2, avenue Martin Luther King<br/>           87042 Limoges Cedex</p> |

**ORDONNANCE MEDICALE**  
**IMMUNOLOGIE – IMMUNOGENETIQUE**  
**HISTOCOMPATIBILITÉ**

Accréditation EFI n°06-025-975

**Poste : 56187**

Responsable du service : Pr M.O JAUBERTEAU – Directeur du secteur HLA : Dr M. FILLOUX

**Répertoire des Immunoglobulines (Race-NGS)**

**Consentement à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques collectés au cours des soins, et de leurs données médicales associées**

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que votre état de santé nécessite, il sera procédé à des prélèvements de sang, de cellules de tissus ou de liquides biologiques pour établir le diagnostic et le suivi de votre maladie et adapter votre traitement.

Après avoir réalisé les analyses nécessaires à votre prise en charge, dans le cas où vos prélèvements n'auraient pas été utilisés en totalité, le CHU de Limoges conservera le reliquat pour une durée indéterminée au Centre de Ressources Biologiques, CRBiolim (dans la bibliothèque du service d'Immunologie).

- Une partie sera conservée de façon prioritaire, dans votre intérêt pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de votre prise en charge
- Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique. Nous envisageons des analyses sur l'ADN, l'ARN et les protéines issues de vos échantillons conservés. Pour ces recherches menées dans le domaine de votre pathologie, un examen de vos caractéristiques génétiques peut s'avérer nécessaire. Egalement, ce reliquat pourra être cédé à d'autres équipes de recherche, dans le respect de la confidentialité.

L'analyse de ces échantillons dans le cadre de la recherche, peut nécessiter le recueil de données médicales vous concernant dans un fichier informatisé. Ces données seront anonymisées, votre identité ne sera pas divulguée. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification mais également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel.

Conformément à la législation, vous ne pouvez obtenir de rémunération pour cette démarche.

**Vous pouvez librement, à tout moment, et sans conséquence pour votre prise en charge, vous opposer à cette utilisation ou revenir sur votre décision, en vous adressant à votre médecin ou à :**

**Mme le Dr PASCAL Virginie**

Laboratoire d'Immunologie – CHU de Limoges

2 Avenue Martin Luther King – 87000 Limoges (05 55 08 71 11)

**Professionnel de santé ayant remis l'information**

Nom : .....

Signature :

Prénom : .....

Qualité : .....

**Identité du patient (ou de son représentant légal) (ou étiquette patient)**

Nom .....

Fait à ..... le.../.../...

Prénom : .....

Signature du patient :

Date de naissance : ..../..../.....

Je reconnais avoir reçu toute information nécessaire

☐ J'accepte cette démarche et donne mon consentement

☐ Je refuse

**Document en 2 exemplaires :** l'exemplaire original est remis au patient, une copie est conservée au laboratoire.