

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX	Entité d'application : PBP- CHU - Emetteur : PBP - P1A - IMM	EN_LAB_18_2952 Ind : 02
	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	
RECUEIL D'INFORMATIONS CLINIQUES - IMMUNOPHENOTYPAGES		

PATIENT (*Etiquette patient*)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

DEMANDEUR

Médecin demandeur :
Téléphone :

A joindre impérativement au bon de demande d'Immunologie
En l'absence de renseignements cliniques, l'analyse ne sera pas réalisée.

Contacts laboratoire d'Immunologie, secteur Immunologie cellulaire : 14327

RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES et/ou THERAPEUTIQUES

Motif de la demande :

Antécédents

Infection(s) :

Auto-immunité/granulomatose :

Antécédent familial de Déficit Immunitaire Primitif :

Cancer(s) :

Traitement(s) pouvant avoir un effet sur les lymphocytes :

Si demande provenant en dehors du CHU de Bordeaux :

Dosage pondéral des immunoglobulines : IgG : IgA : IgM : IgE :
Sous classes IgG (si réalisé) :

Sérologies post vaccinales :

Tétanos : taux protecteur / non protecteur
Diphtérie : taux protecteur / non protecteur
Pneumocoque : taux protecteur / non protecteur