



**HOPITAL UNIVERSITAIRE
NECKER-ENFANTS MALADES**

149, rue de Sèvres
75 743 PARIS CEDEX 15
Standard : 01 44 49 40 00

contact.necker@nck.aphp.fr
Web : hopital-necker.aphp.fr

**CENTRE D'ETUDE
DES DEFICITS IMMUNITAIRES
(CEDi)**

Bâtiment Lavoisier
Porte L1-2 ème étage

Tel RDV : 01 44 49 50 88

Pr Capucine PICARD
PU-PH - Responsable du CEDi
Tél : 01 44 49 56 59 (CEDi)
Tél : 01 42 75 43 20 (Imagine)
capucine.picard@nck.aphp.fr
capucine.picard@inserm.fr

Dr Jacinta BUSTAMANTE
MCU-PH
Tél : 01 71 19 60 04 (CEDi)
Tél : 01 42 75 43 20 (Imagine)
jacinta.bustamante@nck.aphp.fr
jacinta.bustamante@inserm.fr

Médecin attaché
Dr Geneviève De SAINT BASILE
Tél : 01 42 75 43 35 (Imagine)
Int : 25492
genevieve.de-saint-basile@inserm.fr

Interne :
Tél : 01 44 49 50 85
Tél : 01 44 49 50 88

Cadre de santé
Mme Isabelle BARESSE
Tél : 01 44 49 50 95
isabelle.baresse@nck.aphp.fr

Laboratoire
Tél : 01 44 49 50 73

Secrétariat
Mme Catherine HEITZ
catherine.heiz@nck.aphp.fr
Tél : 01 44 49 58 96

Télécopie
N° : 01 42 73 06 40

NOTE D'INFORMATION

Objet : rappel des conditions de traitement des prélèvements adressés au Centre d'Etude des Déficits Immunitaires (CEDi) à Necker-Enfants Malades

1. Le CEDi reçoit les prélèvements du **lundi au jeudi**, de 8h à 17h.
Les proliférations sont réalisées UNIQUEMENT du lundi au mercredi, de 8h à 17h.
2. Le **vendredi**, seuls les prélèvements **urgents** acheminés **avant 10h** seront traités, après accord téléphonique au 01 44 49 50 88 avec les biologistes du CEDi.
3. Vos prélèvements sont à envoyer aux coordonnées suivantes :
CENTRE D'ETUDE DES DEFICITS IMMUNITAIRES
HOPITAL NECKER ENFANTS – MALADES
Bâtiment LAVOISIER - porte L1 – 2^e étage
149e de Sèvres – 75743 PARIS CEDEX 15
4. Nous tenons à rappeler également que chaque demande d'examen immunologique doit faire l'objet d'une prise de rendez-vous (au plus tard la veille) au moyen de la fiche de demande du CEDi à faxer aux **biologistes du CEDi** au **01 42 73 06 40**.
5. Nous tenons à rappeler que chaque demande d'étude génétique nécessite un courrier ou un CRH du patient avec les informations cliniques et immunologiques qui sont le pré-requis indispensable pour réaliser une étude génétique. **Un arbre généalogique et un consentement génétique sont également indispensables et obligatoires** avec la fiche de demande du CEDi.
6. La fiche de demande du CEDi doit **impérativement** comporter :
 - La date du rendez-vous à laquelle vous souhaitez envoyer le prélèvement.
 - L'identité du médecin prescripteur (**Sénior ou CCA**) et l'identité du préleveur
 - Date et heure du prélèvement
 - Les renseignements cliniques ou un CRH
 - Le bon de commande pour les hôpitaux hors APHP (impératif)

En cas de non respect de ces consignes, l'analyse ne pourra pas être réalisée.

Merci de votre collaboration et de votre compréhension.

Catherine HEITZ
Secrétaire du CEDi

FICHE EXTERNE DE DEMANDE D'EXPLORATIONS
A FAXER préalablement à l'envoi du prélèvement au 01.42.73.06.40

IDENTITÉ PATIENT	IDENTITÉ PRESCRIPTEUR
NOM :	NOM : Pr/CCA :
Prénom :	Service :
Date de naissance :/...../.....	Hôpital :
Sexe : M ☐ F ☐	Tél.: Fax :
Date du prélèvement : ____/____/____ Heure du prélèvement : ____:____	

DATE SOUHAITÉE DU RENDEZ-VOUS :
(soumise à l'accord du Pr PICARD ou Dr BUSTAMANTE)

Accord : ☐

Réservé au laboratoire
(étiquette GLIMS)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

☐ recherche d'un déficit immunitaire ☐ suivi immunologique

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES (joindre courrier ou un CRH) :

Dosage pondéral des immunoglobulines si recherche de déficit immunitaire : IgG..... IgA..... IgM.....

Les tubes doivent être conservés et transportés à température ambiante

IMMUNOLOGIE	GÉNÉTIQUE	
→TUBE EDTA, bouchon mauve		
☐ Phénotypage lymphocytaire T (CD3, CD4, CD8) } 2 ml ☐ Phénotypage lymphocytaire T, B et NK	Le consentement génétique signé et l'arbre généalogique sont IMPERATIFS pour toute étude génétique → TUBE EDTA, bouchon mauve (5 à 10 ml) ☐ Etude des gènes des déficits immunitaires combinés ☐ Etude des gènes des déficits de l'immunité humorale ☐ Etude des gènes des lymphohistiocytoses héréditaires ☐ Etude des gènes des déficits de l'apoptose ☐ Etude des gènes des déficits phagocytaires ☐ Autre étude de gènes :	
☐ Recherche de lymphocytes T activés } ☐ Phénotypage T naïfs / mémoires } 4 ml ☐ Expression du DR (T, B, monocytes) ☐ Etude de l'expression intracellulaire de la Perforine ** ☐ Etude de l'expression intracellulaire de DOKK8 ** ☐ Etude des mol. d'adhésion leucocytaires (CD11, CD18) ** tube témoin obligatoire sur EDTA (contrôle sain)		
☐ Phénotypage B CD19/CD20 (traitement par anti-CD20) } ☐ Phénotypage B mémoires CD19/CD27 } 5 ml ☐ Phénotypage B naïfs / mémoires CD19/CD27/IgD ☐ Phénotypage B complet (CD21, CD24, CD38, IgD) ☐ Etude de l'apoptose (DN, FasL et IL-10 plasmatiques) ☐ Autres :		
→TUBE HEPARINATE DE LITHIUM, bouchon vert		
☐ Proliférations lymphocytaires (TTL) : ☐ mitogènes : nombre de lymphocytes (NFS) * = ☐ Anatoxine tétanique : date dernière vaccination * = ☐ Tuberculine : date vaccination BCG * = ☐ Autres : justifier * = } 5 ml Les proliférations sont réalisées uniquement du lundi au mercredi * à compléter impérativement (analyse non réalisée le cas échéant)		
☐ Etude de l'expression intracellulaire de WASP ** ☐ Phénotypage des lymphocytes T régulateurs **		
☐ Etude de la dégranulation T ** } 5 à 10 ml ☐ Etude de l'explosion oxydative – DHR ** ☐ Etude de l'axe IL-12 / IFN-gamma ** ☐ Etude de l'expression de CD40L ** ** tube témoin obligatoire sur héparinate de lithium (contrôle sain)		
→ BIOPSIE DE PEAU ☐ Etablissement de lignées de fibroblastes		
→ CHEVEUX ☐ Etude du cheveu		

Pour les services EXTERIEURS à l'AP, un **BON DE COMMANDE** est **OBLIGATOIRE**.
Toute fiche de demande incomplète et/ou non faxée préalablement à l'envoi du prélèvement sera **refusée**.

**FICHE DE DEMANDE EXPLORATIONS GENETIQUES ET CONSENTEMENT
GENETIQUE**

CENTRE D'ETUDE DES DEFICITS IMMUNITAIRES CEDI
Hôpital Necker – Enfants Malades
149 rue de Sèvres 75743 PARIS CEDEX 15
Tél. RV : 01.44.49.50.88 Laboratoire : 01.44.49.50.85
Pavillon Kirmisson porte K2

Consentement éclairé aux prélèvements à visée d'analyses génétiques

*Consentement à établir en double dont un exemplaire est remis à l'intéressé(e)
et le second au laboratoire effectuant l'analyse*

Je soussigné(e) : né(e) le :

Autorise qu'un prélèvement sanguin destiné à une étude génétique soit effectué pour :

Moi-même ☐ La personne dont j'ai la tutelle ☐

Mon enfant ☐

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Dans le cadre :

☐ Du diagnostic d'une maladie génétique connue :

☐ D'une conservation en banque d'ADN pour recherche en génétique

Indication :

Cachet du service obligatoire

Les raisons des prélèvements à visée de génétique
m'ont été expliquées par le docteur :

Les résultats de cette étude ne seront transmis qu'à moi seul(e) et ne pourront être communiqués à autrui sans
mon autorisation expresse.

Je déclare avoir été pleinement informé(e) :

De la nature des études, qui seront effectuées sur mon sang

Des conséquences éventuelles des résultats qui peuvent m'être donnés

Du fait que l'étude peut s'étendre sur plusieurs années (recherche en génétique)

Du fait que je puisse demander à tout moment que l'étude entreprise soit interrompue chez moi ou
que les résultats ne me soient pas communiqués

Du fait que je puisse à tout moment demander à ce que le sang prélevé ou les produits de celui-ci
(notamment l'ADN) me soient restitués.

Fait à le

Signature du médecin

Signature de l'intéressé(e)