CENTRE de Lutte Contre le Cancer HENRI BECQUEREL unicancer NORMANDIE - ROUEN	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
	IMPRIME	004	IM-LBM 034	12	04/03/2019

FEUILLE DE DEMANDE IMMUNO ANALYSE

EMETTEUR : DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE

Nom et prénom du patient :	
Nom de jeune fille :	Service prescripteur :
Date de naissance :	
Sexe :	Téléphone du service :
Adresse* :	
Date et heure du prélèvement :	Identité préleveur :

joindre la photocopie de la liasse de soins pour la régularisation du dossier administratif

Nature de l'échantillon : ***SANG*** ***URINE*** ***AUTRE*** *(à préciser)*

Renseignements cliniques (pathologie, traitement) :

1 TUBE PAR ENCADRE GRAS

Tube EDTA (bouchon violet)	ACE CA125 CA 19.9 CA15. 3
Tube à activateur de coagulation ou neutre (bouchon rouge ou marron)	PSA total SCC TGs** Ac antiTG
	Ag Aspergillaire*
	B12 folates plasmatique T3L T4L TSH
TGs sur ponction	Rinçage de l'aiguille de ponction cervicale dans un aliquot de 1mL de PBS+albumine 10% ***

*Conservation du tube primaire non ouvert 24 heures à 2-8°C ou sérum décanté non congelé 48 heures à 2-8°C ; au-delà de 5 jours, à partir de sérum décanté congelé sous forme de 2 aliquots de serum de 350µL

** conservation de l'échantillon à 4-8°C jusqu'à acheminement le jour même

*** avec acheminement à température ambiante dans les 2h suivant le prélèvement.

Merci de faire signer le Formulaire de consentement patient pour une conservation d'échantillons biologiques au verso de la demande.

RECOMMANDATIONS PRE-ANALYTIQUES

1. **Identitovigilance :** vérifier l'exactitude des données inscrites sur les étiquettes (nom marital, nom de jeune fille, prénom et date de naissance). Les tubes doivent être étiquetés par le préleveur lui-même.
2. **Identification de la feuille de demande et des échantillons :** s'assurer que la feuille de demande et tous les échantillons portent une étiquette identique.
3. **Indicateur du préleveur :** mentionner vos nom / prénom à des fins de traçabilité réglementaire (norme NF EN ISO 15189).
4. **Date et heure de prélèvement :** mentionner précisément la date ainsi que l'heure de prélèvement (norme NF EN ISO 15189).
5. **Prélèvement des échantillons :** le tube neutre à bouchon rouge peut être remplacé par un tube sec à bouchon marron. Concernant l'ordre de prélèvement des échantillons, le tube rouge ou marron est à ponctionner avant le tube vert.
6. **Délai de transmission et conditions d'acheminement :** tous les examens sont à acheminer le plus rapidement possible au laboratoire à température ambiante, sauf les examens repérés par un astérisque (*) qui sont à adresser immédiatement dans la glace.

Le laboratoire inscrira dans les comptes rendus adressés au patient et/ou prescripteur les non-conformités par rapports aux points cités ci-dessus.

FORMULAIRE CONSENTEMENT PATIENT

Conservation d'échantillons biologiques et / ou d'imagerie
pour la réalisation d'études différées dans un intérêt individuel ou scientifique

Madame, Monsieur,

Votre prise en charge au Centre Henri-Becquerel nécessite de réaliser des prélèvements, des analyses et des images permettant un diagnostic et un traitement précis de la maladie dont vous êtes porteur.

Une fois ces analyses effectuées, la conservation du reste des tissus prélevés et des images est importante :

- Pour rechercher éventuellement d'autres informations en fonction de nouvelles données scientifiques ou de l'évolution de votre maladie.
- Pour contribuer à une meilleure connaissance scientifique de votre maladie, pour permettre l'identification de nouveaux marqueurs, l'étude de gènes impliqués dans l'origine ou la progression de cette maladie, ou l'étude de certaines caractéristiques des images.

Au cas où le prélèvement n'aurait pas été utilisé en totalité, nous conserverons l'échantillon restant dans notre Centre de Ressources Biologiques.

Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique en cancérologie, dans le respect de la confidentialité de vos données clinico-biologiques. Vous pouvez exprimer cette opposition à tout moment auprès du service.

Pour conserver ces tissus et / ou ces images, pratiquer ces analyses et les confronter aux données médicales, votre accord nous est indispensable. Bien sûr, vous demeurez libre de revenir sur votre accord à tout moment, sans avoir à justifier cette décision, ce qui ne modifierait en rien les relations que vous avez avec votre médecin ou l'équipe soignante.

Votre signature atteste du fait que vous avez été informé de cette procédure et que vous l'acceptez librement.

Le médecin qui vous prend en charge au Centre Henri Becquerel est à votre disposition pour répondre à toute question concernant cette information.

……

Etiquette patient

Nom
Prénom
Date de naissance
IPP / N° CHB

Les dispositions légales concernant ce consentement sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique. Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.

Date d'information du patient : _ _ / _ _ / _ _ _ _

☐ OUI, je suis d'accord
☐ NON, je ne suis pas d'accord

Nom du médecin :

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Signature du patient
ou de son représentant légal :

Signature du médecin :

DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE
Tél : 02.32.08.25.76 - Fax : 02.32.08.25.66
Chef de Département
Dr Christian BASTARD
Cadre de Département
Elodie MARC

Anatomie et cytologie pathologiques
Enregistrement n° 76105
anatomie.pathologie@chb.unicancer.fr
Chef de service
Dr Jean-Michel PICQUENOT
Equipe médicale
Dr Anca BERGHIAN
Dr Liana VERESEZAN

Laboratoire biologie clinique
Autorisation n° 76-78024
biologie.clinique@chb.unicancer.fr
Chef de service
Dr Christian BASTARD
Equipe médicale
Dr Marion DAVID
Dr Anne PERDRIX
Dr Sylvie DALIPHARD

Laboratoire génétique oncologique
Autorisation n° 760000166
oncogenetique@chb.unicancer.fr
Chef de service
Dr Christian BASTARD
Equipe médicale
Dr Pascaline ETANCELIN
Dr Dominique PENTHER

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE
Autorisation n° 760000166
Tél : 02.32.08.22.78 - Fax : 02.32.08.25.50
Radiologie
imagerie@chb.unicancer.fr
Médecine Nucléaire
medecine.nucleaire@chb.unicancer.fr
Chef de département
Pr Pierre VERA
Cadre chargé de la Recherche Clinique
Pierrick GOUEL

DEPARTEMENT DE RADIOTHERAPIE
Autorisation n° 760000166
Tél : 02.32.08.24.70 - Fax : 02.32.08.25.04
radiotherapie@chb.unicancer.fr
Chef de département
Dr Ahmed BENYOUCEF
Cadre de Département
Philippe LE TALLEC

Original scanné et conservé dans le dossier, un double est remis au patient. (IM-CHB 002 v0)