



Prescripteur : Préleveur : Téléphone : Date et heure : Incident au cours du prélèvement :	Joindre 4 étiquettes « Patient »	
	N° séjour : Nom usuel : Prénom :	Sexe :
	Date de naissance : Nom de naissance : Service prescripteur :	
	Zone obligatoirement remplie par le préleveur (Arrêté du 26/11/99).	

Date de prélèvement : Heure : Urgent :

■ T° de conservation identique à la T° d'acheminement (ambient, 4°C ou congelé)

Médecin Responsable : _____

Indication clinique : _____

Nature du prélèvement:

- Sang
 - Peau
 - Muscle
 - Liquide amniotique
 - Villosités choriales
 - Autres (précisez) : _____
- Site de prélèvement : _____ (Bras D ou G, autre...)

Conditionnement :

- Récepteur :**
- Flacon ECBU
 - Tube stérile pour culture cellulaire
 - Cryotube
 - Autre : _____
- Liquide de transport :**
- Sérum physiologique
 - Milieu de culture (préciser)
- Anticoagulant** non oui Lequel :

Réalisé pour :

- Tri tissulaire
- Culture cellulaire
- Production cellules (non transformées)
- Préparation lignée lymphoblastoïde
- Extraction ADN
- Plasma/Sérum
- PBMC (isolement de cellules mononucléées)
- Test d'expression protéique
- Collagène de type VI / Perlecan
- Fibrilline
- Recherche d'auto-anticorps
- anti-RACH de faible affinité (possibilité d'envoi de sérum directement)
- Cryopréservation
- Biothèque patrimoniale
- COLLECTION (projet recherche) : _____**

Documents à joindre :

- Consentement parents/malade**
- Bon de commande**
- Résumé d'observation**

Adresse d'envoi du prélèvement : (par transporteur le jour même du prélèvement)

CENTRE DE TRI - CENTRE DE BIOLOGIE et de PATHOLOGIE EST
(pour le Centre de Biotechnologie Cellulaire – Pr .L. SCHAEFFER et Dr I. ROUVET)
59, Boulevard Pinel - 69500 BRON