



DEMANDE DE FERRITINE GLYCOSYLEE

A transférer au laboratoire de Biochimie
CHU Bichat Claude Bernard – 46 rue Henri Huchard 75877 Paris Cedex 18

Etiquette identité du patient

Etiquette du service clinique
prescripteur

Nom du prescripteur : _____

Tel : _____

Date et heure de prélèvement :

/ /

H

Nom du préleveur : _____

Pour toute prescription de Ferritine glycosylée, **il faut obligatoirement** :

Motivation Clinique de la demande

- Suspicion de maladie de Still
- Suivi de maladie de Still
- Suspicion de syndrome d'activation macrophagique
- Suivi de syndrome d'activation macrophagique
- Autres :

Ferritine totale = _____ µg/L **en date du** : ____/____/____ (obligatoire pour toute demande)

NB : le dosage de ferritine glycosylée ne peut être réalisé si la ferritine est inférieure à 30µg/L

Type d'échantillons

- 1 tube sec avec ou sans gel de 5 ml (bouchon jaune ou rouge)
- Ou 1 tube sec pédiatrique de 500 µL minimum (pour les jeunes enfants)

Conditions d'acheminement

Si envoi différé (> 48h), centrifuger, décanter le sérum (1mL minimum à l'exception des jeunes enfants) et envoyer le sérum conservé à +4°C au laboratoire de Biochimie.

+ Toute demande de dosage provenant d'un site **hors APHP** doit être accompagnée d'un **bon de commande** (sans renseignement clinique) comportant :

- Le nom du service demandeur
- Le nom du médecin prescripteur et ses coordonnées téléphoniques

Biologistes à contacter :

Dr Dupré (01 40 25 68 66) - Dr Bruneel (01 40 25 85 46) - Dr Lebredonchel (01 40 25 85 56) - Dr Boutten (01 40 25 85 67)