

Hôpital Necker Enfants-Malades
CRB-ADN
 Tour Lavoisier, 7^{ème} étage
 149, rue de Sèvres
 75 743 PARIS CEDEX 15
 Tél. : 01 44 49 48 42 Fax. : 01 44 49 51 49
 E Mail : crb.adn@nck.ap-hop-paris.fr

FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ACCUSE DE RECEPTION DU PRELEVEMENT

Médecin statuaire (responsable légal du prélèvement)

Nom : _____ Prénom : _____
 Fonction : _____ Téléphone : _____
 Service : _____ Mail : _____
 Prélèvement pour la Recherche : Sauvegarde à visée de diagnostic :
 Si le prélèvement rentre dans le cadre d'un projet de recherche (PHRC ...)
 - Nom du projet de recherche : _____
 - Investigateur principal : _____

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Sexe F : M :

Etiquette

Diagnostic :

Atteint : Sain : **joindre obligatoirement le consentement**

S'il s'agit d'une famille en cours de prélèvement ou déjà en Banque, indiquez :

Nom du probant : _____
 Lien du patient prélevé / au probant Père : Mère : Frère /Sœur :
 Autre précisez : _____ **Arbre généalogique à faire au verso.**

Prélèvement Date : _____ **Conservation des tubes à 22°C**
 Nom du préleveur : _____

EDTA (tube violet)	Globules Blancs (GB pour ADN)	Délai fabrication 1 jour	
Citrate (tube bleu)	Lymphocytes (LY)	Délai fabrication 1 jour	
Citrate (tube bleu)	Lignée transformée EBV (LL)	Délai fabrication ~100 jours	
ACD si transport >48h (tube jaune)	LY ou LL	Délai fabrication ~ 100 jours	
Autre			

ATTENTION NE PAS ADRESSER DE PRELEVEMENT PAR LA POSTE

Cadre réservé au CRB

Nom : _____ Date : _____ Heure : _____ Remarques : _____

Tous les items doivent être soigneusement remplis. Toute fiche incomplète entraînera le renvoi.