

# MESURE FONCTIONNELLE DE L'INHIBITEUR DE LA C1-ESTÉRASE (C1 INHIBITEUR)

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 5681

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse: Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom : _____
Téléphone: _____ FAX: _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD Requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier / # Ass. maladie : _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Année/mois/jour	Date de naissance : _____
Prélevé par: _____ STAT <input type="checkbox"/>	ou Plaquer carte

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À JOINDRE AUX PRÉLÈVEMENTS

Répondre obligatoirement à l'ensemble de ces questions afin que nous puissions procéder aux analyses

### PATHOLOGIE SUSPECTÉE :

Angio - oedème

### ÉPISODE d'angio - oedème antérieures:

NON  OUI préciser les dates : \_\_\_\_\_  
Année/mois/jour

### CONDITIONS ASSOCIÉES :

Grossesse Sem. Gross. \_\_\_\_\_  Cancer  Infection  Antécédants familiaux  
 Médicament Préciser : \_\_\_\_\_  Contraceptifs  Autres Préciser : \_\_\_\_\_

### CONTEXTE CLINIQUE CORRESPONDANT À UNE PHASE AIGÜÉ :

Oedème lingual ou laryngé  Rash cutané  Fatigue  
 Oedème des muqueuses  Crise gastro-intestinale  
 Oedème cutané  Douleur musculaire

### PARAMÈTRES BIOLOGIQUES :

C4: \_\_\_\_\_ g/L

### TRAITEMENT :

Moment du prélèvement par rapport à la crise: \_\_\_\_\_

Moment du prélèvement par rapport au traitement : \_\_\_\_\_

Si traitement, lequel? : \_\_\_\_\_

## MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'ENVOI DES ÉCHANTILLONS DE SANG

- Prélever un tube de sang veineux périphérique sur tube citraté 3,2% (0,109mM) de 4,5 ml.  
Sauf cas particulier, avant tout traitement, notamment transfusion de plasma et/ou échange plasmatique.

### N.B. NE PAS CONSERVER LE SANG OU LE PLASMA À 4°C

- Centrifuger l'échantillon à 2500g ou plus, pendant 10 minutes, entre 18 et 25°C
- Décanter le plasma en plusieurs aliquotes (au moins 3) d'au moins 500µL chacune
- Congeler les aliquotes de plasma à -20°C ou moins, le plus tôt possible, jusqu'à l'envoi qui sera effectué sur glace sèche

- **Toutes les aliquotes doivent être parfaitement identifiées (Nom, Prénom du patient, date de naissance, date et heure de prélèvement)**

- **Les aliquotes doivent être obligatoirement accompagnées du formulaire de renseignements cliniques (F-2405)**

- **Envoyer les aliquotes sur glace sèche au laboratoire :** CHU Sainte-Justine  
Laboratoire d'hémostase, 2<sup>e</sup> étage bloc 6, local 2610, A/S Anik Cormier  
3175, Côte Sainte-Catherine  
Montréal, QC, H3T 1C5

Information: 514 345-4931 #7170

### Sur le colis

- Inscrive l'adresse complète du laboratoire
- Inscrive l'hôpital et le laboratoire d'origine (vous)
- Inscrive le nombre d'échantillons que le colis contient
- Insérer les requêtes (F-2405) dans un sac « ziploc » étanche dans un compartiment distinct des échantillons diagnostiques.