

**Envoi échantillons :**

LHUB-ULB  
Site Anderlecht  
LABORATOIRE DE CHIMIE MEDICALE  
Route de Lennik, 808  
1070 BRUXELLES

**Contacts :**

Laboratoire : 02/ 435 22 33  
Prof. B. Gulbis : 02/ 555 34 27 ou 02/435 20 10  
Site Web: <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/professionnel-de-la-sante/vous-etes-un-medecin-generaliste-ou-specialiste/compendium-des-analyses>

**Dépistage/diagnostic des pathologies membranaires érythrocytaires**

2 tubes EDTA 5 ml (*nouveau-né : 2 tubes EDTA 2 ml*)

- Test de cryohémolyse – (code INAMI : 553195/553206)
- Test à l'éosine-5-maléimide – (code INAMI : 545112/545123)
- Ektacytométrie – Gratuit\*
- Electrophorèse des protéines membranaires (SDS-PAGE) – Gratuit \*

*\*prise en charge dans le cadre d'une reconnaissance de notre laboratoire comme centre national de référence des pathologies membranaires érythrocytaires*

- si possible, un **prélèvement des parents** est souhaitable.
- envoyer le(s) prélèvement(s) endéans les 24H (éviter le vendredi) - ne pas centrifuger.

**IDENTIFICATION, DONNEES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES**

(ou joindre la biologie) DU PATIENT (**en gras = données indispensables**)

Nom			
Prénom			
Date de naissance	/ /	<b>Date de prélèvement</b>	/ /
	<input type="radio"/> Caucasienne <input type="radio"/> Africaine <input type="radio"/> Asiatique <input type="radio"/> Inconnue		

<b>Suspicion</b>	<input type="radio"/> SH	<input type="radio"/> Elliptocytose	<input type="radio"/> Autre	Bilirubine totale		mg/dL
				Bilirubine non conj.		mg/dL
<b>Histoire familiale</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		LDH (vos valeurs de réf. ?)		U/L
<b>Anémie hémolytique</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		Haptoglobine		mg/dL
<b>Splénomégalie</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		Hémoglobine		g/dL
<b>Splénectomie</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		GR		10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>Lithiase biliaire</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		MCV		fL
<b>Diabète</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		MCHC		g/dL
<b>Ictère néonatal</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non		MCH		pg
				RDW		%
				Réticulocytes		/mm <sup>3</sup> (val. absolue)
				Morphologie GR		
				Test de Coombs direct		

**Transfusion ?** O / N (date de la dernière transfusion : ...../...../...../)

Traitement :

Commentaire – Lien de parenté :