



**INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE**  
**DEPARTEMENT D'IMMUNOLOGIE**  
**LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE CELLULAIRE**

---

**Fiche de renseignements pour**  
**l'exploration des déficits immunitaires primitifs**  
**(à remplir impérativement pour effectuer les examens demandés)**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

N° tél :

Médecin traitant :

Hôpital :

Service :

**Examens demandés :**

**- Marqueurs :**

- |   |                                |                                      |                                |                                 |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CD3  | <input type="checkbox"/> CD11a | <input type="checkbox"/> CD40        | <input type="checkbox"/> CD119 | <input type="checkbox"/> HLA DR |
| <input type="checkbox"/> CD4  | <input type="checkbox"/> CD18  | <input type="checkbox"/> CD40 ligand | <input type="checkbox"/> CD212 |                                 |
| <input type="checkbox"/> CD8  | <input type="checkbox"/> CD15  |                                      |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> CD19   |                                |                                      |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> CD16/CD56  |                                |                                      |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> B naifs/mémoires   |                                |                                      |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> T naifs/mémoires   |                                |                                      |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Sérologie post-vaccinale (anti tétanique, anti-diphtérique, anti-pneumococcique) |                                |                                      |                                |                                 |

- **Test de réduction du NBT** (FNS du jour indispensable + prélèvement d'un sujet témoin)

**NB:**

**L'analyse est effectuée sur RDV.( tubes pour prélèvement fournis à notre niveau)**

**Les échantillons (un tube sur anticoagulant (15ml) + 1tube sec) doivent être acheminés dans les 2h après le prélèvement.**

FNS du .....(indispensable.):

Hb : GR : GB : PNN :

PNE : PNB : L : M :

Plaquettes :



