

**Attestation pré-analytique pour la mesure de l'Activité d'ADAMTS13 ou joindre la fiche de pré-traitement de votre centre de tri**

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Date de l'envoi :

Pré-analytique du prélèvement sur Tube Citrate (cf page 2) :  conforme  non conformeURGENT **Patient :** (Etiquette IPP)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

**Prescripteur :**

Nom :

Prénom :

**Hôpital et Service :** (Etiquette UH)

Service :

Hôpital :

Adresse / Ville:

**Coordonnées pour communication du résultat :**

Tel : ..... Mail : .....@.....

**Pathologie suspectée :**Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) :  Syndrome hémolytique et urémique (SHU) : Épisodes de MAT antérieurs : Non  Oui  → préciser les dates : ..... Phase aiguë Rémission Rechute

1

**Contexte associé :**

- Grossesse ..... terme :
- Infection : ..... date du diagnostic :
- Maladie Auto-immune : ..... date du diagnostic :
- Cancer : ..... date du diagnostic :
- Greffe : ..... date de greffe :
- Médicaments : ..... date de mise en place :
- Autres : .....

2

**Signes cliniques :**

- Fièvre :  Non  Oui
- Signes neurologiques :  Non  Oui préciser : .....
- Signes abdominaux :  Non  Oui préciser : .....
- Signes cardiaques :  Non  Oui préciser : ..... Troponine (ng/L) = .....

3

**Paramètres biologiques :**

- Insuffisance rénale :  
 Oui  Non
- Anémie hémolytique :  
 Oui  Non
- Thrombopénie :  
 Oui  Non
- Hémostase :
- Urée (mmol/L) .....
  - Créatinine (µmol/L) .....
  - Protéinurie .....
  - Hémoglobine (g/dL) .....
  - Schizocytes (%) .....
  - LDH (UI/L) .....
  - Haptoglobine (g/L) .....
  - Plaquettes (G/L) .....
  - TP (%) .....
  - TCA (Ratio) .....
  - Fibrinogène (g/L) .....

4

**Traitements :**Type :Efficacité :**Réception des échantillons - Cadre réservé au laboratoire destinataire :**

Date :

Heure :

Initiales personnel de Réception :

Nombre et type de tubes :

Prélèvement arrivé congelé :

Non-conformité :

 Oui Oui Non Non

**CONDITIONS DE PRELEVEMENT POUR  
LA MESURE DE L'ACTIVITE D'ADAMTS13**

*La qualité de l'interprétation des résultats dépend essentiellement de la qualité du traitement des échantillons en phase pré-analytique et des renseignements cliniques fournis.*

- 1- Prélever deux tubes de sang veineux périphérique sur **TUBE CITRATE avant tout traitement**, notamment transfusion de plasma et/ou échanges plasmatiques.

**NB : ne pas prélever sur EDTA ou Héparine**

- 2- Effectuer une double centrifugation des tubes, selon les recommandations du GFHT (octobre 2015 ; [www.geht.org](http://www.geht.org))
    - ❖ Centrifugation à 2000-2500 g ≥ 10 min ou 1500-2000 g ≥ 15 min
    - ❖ 2 centrifugations standards successives avec décantation entre les 2 centrifugations
  - 3- **Répartir le plasma en 5 aliquotes microtubes de 800 µL**  
Quantité minimale requise (néonatalogie) : 400 µL répartis en 2 aliquotes  
Toutes les aliquotes doivent être parfaitement identifiées (*Nom et Prénom du patient, date de naissance et date du prélèvement*)
  - 4- **Congeler** ces aliquotes à – 20°C jusqu'à l'envoi.
- ❖ Envoyer les aliquotes dans la carboglace à l'adresse suivante :

**Pr Agnès VEYRADIÈRE / Dr Bérange JOLY**  
Service d'Hématologie Biologique  
Laboratoire ADAMTS13  
Hôpital Lariboisière - 2 rue Ambroise Paré  
75010 PARIS

- ❖ Les échantillons doivent être **obligatoirement** accompagnés :
- de la fiche de renseignements cliniques remplie, avec l'attestation cochée du traitement pré-analytique
  - d'un bon de commande mentionnant une adresse de facturation

**En cas d'omission de la fiche de renseignements cliniques et/ou de l'attestation pré-analytique et/ou d'un mauvais acheminement, les résultats seront rendus avec une non-conformité ou dans certains cas, ne pourront pas être rendus.**

Cotation :  
- Activité d'ADAMTS13 : BHN 250 (Code Nomenclature E048)  
- Recherche IgG anti-ADAMTS13 : BHN 250 (Code Nomenclature E049)

(NB : la recherche IgG anti-ADAMTS13 est réalisée systématiquement si l'activité ADAMTS13 est trouvée inférieure à 10%)