

## INFORMATIONS NOMINATIVES DU PATIENT (À REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Étiquette patient

Nom : ..... **NE PAS PRÉLEVER LES PATIENTS DE**  
Prénom : ..... **MOINS DE 13 ANS OU DE MOINS DE**  
Date de naissance : ..... **30 KG (HORS NOMADMUS, cf. Tab 1)**

Cette partie de la fiche de prélèvement ne doit pas être transmise au CCN de l'OFSEP (à masquer)

## INFORMATIONS OFSEP DU PATIENT (À REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Identifiant EDMUS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Année de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] Sexe :  Masculin  Féminin

Consentement OFSEP signé le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Centre préleveur : .....

Médecin : .....

**Cohorte prélevée** : (indiquer la cohorte à l'inclusion)

(Pré-) RIS |  CIS / SEP RR [→  McDo- |  McDo+ au prélèv.] |  SEP PP |  LEMP |  ADEM |  NOMADMUS

→ Si (Pré-) RIS :  Inclusion |  \*Itératif annuel à [ ] an(s)

→ Si CIS / SEP RR :  Inclusion |  \*1 an |  \*3 ans |  5 ans |  \*, \*\* en poussée

→ Si SEP PP :  Inclusion |  3 ans |  6 ans

→ Si NOMADMUS :  Inclusion |  1 an |  3 ans |  5 ans |  \*\* en poussée

\*Réaliser le prélèvement avec un kit réduit (kit R = 2 tubes SST)

\*\*Prélèvement itératif supplémentaire en cours de poussée depuis moins de 30 jours (limite de 1 prélèvement de ce type jusqu'au prélèvement à 5 ans)

**Données cliniques** : En cours de poussée :  oui  non | Grossesse en cours :  oui  non

## TRAITEMENT DU PATIENT AU PRELEVEMENT (À REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Naïf de traitement de fond :  oui  non

Traitement de fond dans les 12 derniers mois :  oui  non

→ Si oui, préciser DCI dernier traitement de fond : .....

Dans les 30 derniers jours :

Corticoïdes :  oui  non

Échanges plasmatiques :  oui  non

## ETAPE 1 : PRELEVEMENTS (À REMPLIR PAR LE PRELEVEUR)

Date et heure de prélèvement	Sang (3 tubes SST + 2 tubes EDTA + 4 tubes CPT)			LCR (1 tube)	Salive (1 tube)
	Date : ..... Heure : .....			Date : ..... Heure : .....	Date : ..... Heure : .....
Nombre de tubes prélevés	SST (3.5 mL) .....	EDTA (4 mL) .....	CPT (8 mL) .....	*LCR (3 mL : 1 mL minimum) .....	Salive (5 mL) .....
*T° d'acheminement du LCR (stockage/transport)				<input type="checkbox"/> à 4°C <input type="checkbox"/> à T° ambiante	

## ETAPE 2 : TRAITEMENT DES PRELEVEMENTS (À REMPLIR PAR LE CRB)

Conformité à réception des prélèvements :  oui  non (préciser) : .....

Code prélèvement OFSEP	ID EDMUS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] . lettre : [ ] . S ou PE ou ST ou LCR ou LCRC ou SA					
Type d'échantillon	Sérum (S) Cryotubes 1D + capdisk jaune	Plasma EDTA (PE) Cryotubes 1D + capdisk violet	Sang total (ST) Cryotubes 1D + capdisk rouge	LCR (LCR) Cryotubes 1D + capdisk vert	Cellules LCR (LCRC) Cryotubes 1D + capdisk blanc	Salive (SA) Cryotubes 1D sans capdisk
Date/heure d'arrivée au CRB	Date : ..... Heure : .....			Date : ..... Heure : .....		Date : ..... Heure : .....
Volume des échantillons	0.5 mL (10 aliquots)	0.5 mL (6 aliquots)	1.8 mL (2 aliquots)	0.2 mL (10 aliquots)	0.1 mL (1 aliquot)	1 mL (5 aliquots)
Stérité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nombre d'échantillons	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Date et heure de congélation -80°C	Date : ..... Heure : .....			Date : ..... Heure : .....		Date : ..... Heure : .....
Nom du technicien						
Conformité après traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Stockage : n° boîte						
Stockage : emplacements						

**ETAPE 2 : TRAITEMENT DES PRELEVEMENTS - PBMC (À REMPLIR PAR LE CRB)**

Code prélèvement OFSEP	ID EDMUS : <input type="text"/> - <input type="text"/> . lettre : <input type="text"/> .LY
Type d'échantillon	PBMC (LY) Cryotubes 1D avec capdisk <b>bleu</b>
Observations	
Milieu de congélation (PBMC) : AH 4%	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (préciser) : .....
Première centrifugation	Date : ..... Heure : .....
Stérilité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Numération 10 <sup>6</sup>	.....
Viabilité (%)	.....
Nombre d'échantillons (10 millions de cellules)	.....
Nombre d'échantillons (5 millions de cellules)	.....
Nombre d'échantillons (..... millions de cellules) (3 millions de cellules <b>minimum</b> (300 µL))	.....
<b>Congélation progressive à -80°C</b>	Date : ..... Heure : .....
<b>Congélation azote à -196°C</b>	Date : ..... Heure : .....
Nom du technicien	
Conformité après traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (préciser) : .....
Stockage : n° boîte	
Stockage : emplacement	

Date d'envoi du scan de la fiche au CCN OFSEP :

*Tableau 1 : Récapitulatif du nombre de tubes et des volumes à prélever en fonction des différents cas*

	Tubes SST	Tubes EDTA	Tubes CPT	Tube LCR	Tube salive
<b>Kit OFSEP Bio</b> Kit de prélèvement fourni par l'OFSEP <b>Kit par défaut pour les prélèvements OFSEP Bio</b>	3 tubes de 3,5 mL	2 tubes de 4 mL	4 tubes de 8 mL	1 tube de 3 mL max	1 tube de 5 mL
<b>Kit réduit (kit R)</b> Utiliser les tubes SST du centre Kit applicable pour les prélèvements : ❖ Itératifs annuels de la cohorte (Pré-)RIS ❖ Itératifs à 1 an, 3 ans et en cours de poussée de la cohorte CIS / SEP RR	2 tubes de 3,5 mL	x	x	x	x
<b>Pour les NOMADMUS -13 ans / -30 kg</b> Patients entre 20 et 30 kg (6/7 ans à 13 ans environ)	1 tube de 3,5 mL	1 tube de 4 mL	2 tubes de 8 mL	1 tube de 1 mL max	x
Patients entre 12 et 20 kg (2/3 ans à 6/7 ans environ)	1 tube de 3,5 mL	1 tube de 4 mL	1 tubes de 8 mL	x	x
Patients de moins de 12 kg (moins de 2/3 ans environ)	1 tube de 3,5 mL	x	x	x	x