



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire**

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)  
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1  
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire de Dermatologie**

**DERMAT-SSYP/AIC**

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Responsable du laboratoire, FAMH : Dr sc. L. Fontao (022 37) 29 455  
Responsable FAMH (Sérol. Syph): Dr sc. B. Ninet-Bescher (022 37) 29 252  
Responsable médical (Sérol. Syph): Dr L. Toutous Trelu (022 37) 29 692  
Responsable médical : Dr E. Laffitte (022 37) 29 427  
Labo direct ou résultats: Tél.: (022 37) 21 812 Fax : (022 37) 21 842  
E-mail : [dermatologie.labo@hcuge.ch](mailto:dermatologie.labo@hcuge.ch)  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur : père mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin :.....

N° EdS : .....

Adresse pour facturation: Patient Demandeur Assurance

Nature du cas : Maladie AI Accident Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Identification laboratoire

Médecins en copie (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Date de prélèvement : ..... Heure : .....

Renseignements cliniques ( diagnostic et/ou traitement etc.) :

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

**SEROLOGIE DE LA SYPHILIS**

**SANG**

G3.5  Syphilis Ig dépistage (âge min 1 an) G3.5  syphilis congénitale

G3.5  RPR, quantitatif

G3.5  TPPA, quantitatif

G3.5  Treponema Pallidum anticorps, IgM

G3.5  FTA IgG, quantitatif

**LCR**

B4  TPPA quantitatif (na)

B4  RPR, quantitatif(na)

B4  FTA IgG quantitatif(na)

B4  FTA IgM qualitatif(na)

**AUTO-IMMUNITE CUTANEE**

**BIOPSIE** Diagnostic et Localisation obligatoire

Diagnostic :  Lichen  Lupus  Maladies bulleuse  Pemphigoïde  Pemphigus  Vasculite  Aucun

Localisation N°1: .....

Localisation N°2: .....

Type de peau :  Malade  Saine exposée  Saine couverte

Type de peau :  Malade  Saine exposée  Saine couverte

MM  Peau, immunofluorescence directe

MM  Peau, immunofluorescence directe

MM  Peau, mise en réserve

MM  Peau, mise en réserve

**SANG (IFI/WB/Elisa)**

G3.5  BP180, anticorps anti-, IgG

G3.5  Desmogléine 1, anticorps anti-, IgG

G3.5  BP230, anticorps anti-, IgG

G3.5  Desmogléine 3, anticorps anti-, IgG

**G3.5  Immunofluorescence indirecte**

Les autoanticorps de type IgG, IgA ou IgE dirigés contre les antigènes épidermiques ou dermiques peuvent être détectés. Seule la détection des IgG fait partie du domaine accrédité

G3.5  Immuno-blot (préciser svp):

BP180

Laminine 5(na)

Envoplakin(na)

Desmoplakin(na)

Collagène VII

P200 (laminine  $\gamma$ 1)(na)

Periplakin(na)

Desmocollin(na)

Détection des autoanticorps de type IgG, IgA ou IgE dirigés contre les antigènes: BP180 non-NC16a (pemphigoïde bulleuse et des muqueuses), Laminine-5(332) (pemphigoïde cicatricielle et des muqueuses), Laminine $\gamma$ 1 ou P200 (pemphigoïde P200), Collagène VII (épidermolyse bulleuse acquise, lupus bulleux), Envoplakin/ Periplakin/ Desmoplakin (pemphigus paranéoplasique). Desmocollin (pemphigus pustuleux). Seule la détection des IgG anti-BP180 et anti-collagène VII fait partie du domaine accrédité.

MM= transport en milieu de michel Pas de matériel fixé

G3.5= sang natif+gel →Hémogard jaune 3.5 ml

B4= liquide natif→ Hémogard beige na = non accrédité