CONSIGNES D'ENVOI ADN ET/OU ARN CONSTITUTIONNELS ET SOMATIQUES (METROPOLE) - AURAGEN FILIERE CANCER

1 TYPES DE PRELEVEMENTS

De manière exceptionnelle et en accord avec le laboratoire, il est possible d'envoyer *au LBMMS* AURAGEN des échantillons d'ADN et d'ARN extraits pour les prélèvements somatiques comme constitutionnels.

L'échantillonnage s'effectue dans des microtubes 2ml à vis certifiés DNase RNase free pour :

- garantir la sécurité de fermeture des tubes *et limiter l'évaporation*
- éviter la dégradation des ADN / ARN
- permettre l'identification des tubes à l'aide d'étiquettes

Nous préconisons la référence fabricant : CLEARLINE CL754/S Microtubes 2 ml stérile à capuchon vissant RNASE DNASE FREE, fond conique et avec O-ring (en absence de ces tubes dans vos locaux, nous pouvons vous en fournir sur demande par mail à l'adresse *AURAGEN.secretariat@chu-lyon.fr*

Quantité minimale :
1,5 µg *d'ADN dans un volume minimum de* ***30 µl*** *(soit à une concentration de 50 ng/µl minimum)*
1 µg *d'ARN dans un volume minimum de* ***20 µl*** *(soit à une concentration de 50 ng/µl minimum)*

Compléter *la fiche d'envoi d'ADN-ARN jointe* (ENR-Pré-026) (disponible *en Annexe 1* page 4 et 5).

Tampons d'élution à utiliser :

- Pour l'ADN :-tampon à faible concentration en EDTA ou sans EDTA (nous recommandons : low TE Buffer (1X) pH 8.0 low EDTA for molecular biology Tris: 10 mM et EDTA-Na2: 0.1 mM ou Tampon Tris-HCl 10mM (pH 8.5)
- Pour l'ARN : eau nuclease free.

Les acides nucléiques seront qualifiés à réception dans nos locaux. S'ils ne répondent pas à nos exigences de qualification, nous vous contacterons en conséquence.

2 IDENTIFICATION DES PRELEVEMENTS

2.1 Etiquetage des tubes

- Option 1 :

Utilisez vos propres étiquettes pour identifier le ou les microtubes d'ADN et/ou d'ARN extrait, Collez-en un exemplaire à l'emplacement prévu à cet effet sur la feuille de transfert.

- Option 2 :

Utilisez la planche d'étiquettes éditable depuis le formulaire de prescription sur HYGEN (https://hygen.auragen.fr).

2.2 Traçabilité de l'envoi

Compléter le bordereau d'expédition (voir Annexe 1). Joindre une copie de celui-ci dans le colis et conserver l'original dans votre service.

3 CONSERVATION

ADN et ARN : Au congélateur - 80°C dans l'attente de la carboglace d'expédition.
Les échantillons doivent nous être acheminés rapidement et ensemble.

4 PREPARATION DE L'EXPEDITION

- Insertion des microtubes dans un sac de type Diagnobag taille A5 homologué UN3373 **muni d'un adsorbant interne** (à fournir par vos soins).

- Rangement du sac Diagnobag dans une poolbox de **8 litres minimum de carboglace fournie par** Starservice Healthcare lors de l'enlèvement.
- Rangement d'une **copie du bordereau d'expédition** (Annexe *2*), **des feuilles de transfert éditables** depuis le formulaire de prescription sur HYGEN **et du consentement dûment signé et complété** au-dessus *du* contenant *de* carboglace, avant *la* fermeture *du carton*.
- Fermeture de la poolbox lorsque le remplissage du colis est terminé et prêt à l'envoi.

5 DEMANDE D'ENLEVEMENT

- **Avant toute première demande d'enlèvement,** un compte Starservice Healthcare doit être créé pour le service d'expédition de votre institution en *nous* contactant *par mail : AURAGEN.secretariat@chu-lyon.fr.*
- Nous enverrons à la personne référente pour ce service d'expédition un lien avec ses identifiants et mot de passe.

- La demande d'enlèvement d'un colis s'effectue **au plus tard** la veille de l'envoi avant 19h sur l'extranet de Starservice Healthcare (https://portail.tse-medical.net/colibri/) pour un départ le lendemain dans la journée (9h-17h).

Particularités (hors jours fériés) : Expédition du mardi au jeudi.

- **Pas de demande d'enlèvement le jeudi pour une expédition le vendredi**
- Demande d'enlèvement **à réaliser du lundi au mercredi** pour un **dernier départ du jeudi** et une livraison le vendredi

Les colis sont à manipuler avec précaution.

En cas de jours fériés, à voir au cas par cas.

- Pas de demande d'enlèvement l'avant-veille du jour férié pour une expédition la veille du jour férié.

ADN / ARN congelés constitutionnels et somatiques	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Jour de demande d'enlèvement pour un départ le lendemain	avant 19h	avant 19h	avant 19h	Pour un départ le mardi uniquement	Pour un départ le mardi uniquement
Jour d'expédition de Starservice Healthcare		**9h-17h**	**9h-17h**	**9h-17h**	
Jour de réception			oui	oui	oui

ANNEXE1

Envoi d'un échantillon KC sous forme d'ADN *et/ou* ARN *au LBMMS* AURAGEN

Responsable Médical :
Pr Christine Vinciguerra
E-mail : christine.vinciguerra@chu-lyon.fr

Ingénieure responsable :
Mme Anne THOMAS
Tél : 04 72 11 25 55
E-mail : anne.thomas@chu-lyon.fr

Secrétariat :
Tél : 04 72 11 25 40
Tél : 04 72 11 25 50
E-mail :*AURAGEN.secretariat@chu-lyon.fr*

Prescripteur :

N° demande AURAGEN :

Identité du patient

Nom d'usage:	Nom de naissance :
Prénom :	Date de naissance :
Sexe :	

Envoi d'*un* ADN

Nature du prélèvement initial :

- ☐ Sang
- ☐ Tissu
- ☐ Moelle
- ☐ Autre (à préciser) :

Date d'extraction d'ADN :

Kit / Equipement d'extraction :

- ☐ Kit avec le QIAsymphony
- ☐ Kit compatible Maxwell
- ☐ Autre (à préciser) :

Tampon élution :

Méthode / Equipement de dosage :

- ☐ Spectrophotométrie (préciser l'appareil)
- ☐ Fluorimétrie (préciser l'appareil)

Autre (à préciser) :

Concentration (ng/µl) :

Volume envoyé (µl) :

Commentaires :

Envoi d'*un* ARN

Nature du prélèvement initial :

- ☐ Sang
- ☐ Tissu
- ☐ Moelle
- ☐ Autre (à préciser) :

Date d'extraction d'ARN :

Kit / Equipement d'extraction :

- ☐ Kit avec le QIAsymphony
- ☐ Kit compatible Maxwell
- ☐ Autre (à préciser)

Tampon élution :

Méthode / Equipement de dosage :

- ☐ Spectrophotométrie (préciser l'appareil)
- ☐ Fluorimétrie (préciser l'appareil)
- ☐ Autre (à préciser) :

Concentration (ng/µl) :

Volume envoyé (µl) :

Commentaires

ANNEXE 2

Merci de joindre une copie de ce tableau dans chaque colis et de conserver l'original

N° de commande : _____

Date d'envoi : _____

Nom de la personne en charge de l'envoi : _____

Nombre total de tubes dans le colis : _____

Service expéditeur ou cachet du service :

Tableau récapitulatif des échantillons expédiés

Identification du patient (Etiquette patient ou laboratoire ou identifiant de l'échantillon)	**N° demande AURAGEN** (MR-xxxx, KC-xxxx ou OC-xxxx)	**Nombre de tubes**	***Cadre réservé à AURAGEN*** ***Vérification de la présence des prélèvements***
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*
			□ *Conforme* □ *Non conforme*