

# Programme Immunosurveillance



# Programme Immunosurveillance

à disposition des médecins pour les patients sous enzymothérapie

## INSTRUCTIONS EN 5 ÉTAPES :

1

Création d'un compte LabCorp en ligne

*Si vous avez déjà créé un compte, veuillez passer directement à l'étape 2*

2

Remplissage d'un formulaire de demande de dosage LabCorp

3

Prélèvement et conservation jusqu'au passage du transporteur Marken

4

Planification de l'enlèvement auprès du transporteur Marken

5

Réception des résultats

# 1 Création d'un compte LabCorp

*Si vous avez déjà créé un compte veuillez passer directement à l'étape 2*

- La création d'un compte est nécessaire
- Selon votre choix au moment de la création de votre compte, un seul ou plusieurs professionnels de santé pourront être utilisateurs d'un compte
- Pour créer votre compte, merci de suivre les indications dans le lien : <https://www.labcorp.com/setup-information-international-providers>

The screenshot displays the LabCorp website interface for the 'Account Setup for International Providers' page. The top navigation bar includes the LabCorp logo, 'Account Login', 'Search', and 'LabCorp Specialty Labs +'. Below this is a secondary navigation bar with links for 'BILL PAY & INSURANCE', 'LABS & APPOINTMENTS', 'RESULTS', 'TEST MENU', 'PROVIDER SERVICES', and 'HELP'. The main content area shows a progress indicator with 7 steps: 1. Start, 2. Page 2, 3. Page 3, 4. Page 4, 5. Page 5, 6. Summary, 7. Complete. A red arrow points to the 'Next Page >' button.

# 1 Création d'un compte LabCorp

*Si vous avez déjà créé un compte veuillez passer directement à l'étape 2*

- Merci de saisir les information obligatoires (\*)

3. Please list each provider who will order testing through this program:

Provider 1 Last Name\*

Nom du médecin demandant la création du compte

Provider 1 First Name\*

Prénom du médecin demandant la création du compte

1. Add another provider?

- None -

Sélectionner « Yes » si d'autres Professionnels de Santé demanderont des dosages et/ou s'ils devront avoir accès aux résultats de votre compte. Renseigner ensuite leurs noms et prénoms

4. If we have questions about where to retrieve samples or need to notify your office of the status of testing, what number should we call and who is our point of contact?

Contact Last Name\*

Nom de la personne à contacter . Par exemple : assistant(e)

Contact First Name\*

Prénom de la personne à contacter . Par exemple : assistant(e)

Contact Phone Number:\*

Numéro de téléphone de la personne à contacter . Par exemple : assistant(e)

Extension

Numéro de poste

Email\*

Email de la personne à contacter. Par exemple : assistant(e)

# 1 Création d'un compte LabCorp

*Si vous avez déjà créé un compte veuillez passer directement à l'étape 2*

- Option 1 : si vous voulez recevoir les résultats en ligne, saisir les informations, ci-dessous

LabCorp offers two options for result delivery:

Option 1:

LabCorp makes its proprietary web-based system, Link, available to clients for result delivery. LabCorp Link™ is an online gateway for client-lab connectivity. Accessible anywhere, 24/7, LabCorp Link creates greater efficiencies by delivering an end-to-end solution to view, share, manage, and analyze lab results.

If this is your desired method of result retrieval, provide us with contact information for initial setup. Please provide contact information for all expected LabCorp Link users.

Contact 1 Last Name

Nom du médecin demandant la création de compte

Contact 1 First Name

Prénom du médecin demandant la création de compte

Contact 1 Phone Number

Numéro de téléphone de la personne à contacter . Par exemple : assistant(e)

Extension

Numéro de poste

Contact Email

Email du médecin demandant la création de compte

Confirm email

Confirmation de l'adresse email

Add another contact?

-None- Sélectionner « None » si vous serez seul (e) à accéder à votre compte

# 1 Création d'un compte LabCorp

*Si vous avez déjà créé un compte veuillez passer directement à l'étape 2*

- Option 2 : Saisir les informations demandées ici si vous voulez recevoir les résultats par fax

Option 2:

LabCorp can fax your results to a secure fax number at times which complement the processes in your practice. If this is your desired method of result delivery, select this option and provide us with contact information and fax information for initial setup. You are responsible for ensuring your fax is secure.

Contact Last Name

Nom du médecin demandant la création de compte

Contact First Name

Prénom du médecin demandant la création de compte

Contact Phone Number

Numéro de téléphone de la personne à contacter . Par exemple : assistant(e)

Extension

Numéro de poste

Contact Fax

Numéro de fax

< Previous Page

Next Page >

# 1 Création d'un compte LabCorp

*Si vous avez déjà créé un compte veuillez passer directement à l'étape 2*

- Si le point d'enlèvement se situe dans un autre service (par exemple : au laboratoire), cliquer sur **Yes** et saisir les informations demandées

2. Other than the location previously provided, are there other locations where Marken will pick up samples for this program? \*

Yes 

No

Please provide:

Entity Name

Street Address

Town/City

State/Province

ZIP/Postal Code

Country

Phone Number

Extension pg 5

Contact Email pg 5

Confirm email

# 1 Création d'un compte Labcorp



Provision of Specialty Diagnostic testing Services by Genzyme Europe B.V.  
(Sanofi Genzyme)

- Afin d'avoir votre accord et de pouvoir utiliser le service d'Immunosurveillance, merci d'envoyer le « statement » rempli et signé à : [eumedicalservices@sanofi.com](mailto:eumedicalservices@sanofi.com)

I, (first name, last name): [first name] et [last name] (e-mail): [e-mail] email

practicing at (hospital), (department), (city), (country): [hospital], [department] Hôpital, ville, pays  
[city], [country]

I hereby certify that I requested Sanofi Genzyme Europe B.V. (hereinafter, "Sanofi Genzyme") to provide access to **specialty diagnostic testing without charge** for the follow-up and monitoring of patients with an Lysosomal Storage Disease (LSD).

I recognize that the follow-up and monitoring of patients with Lysosomal Storage Diseases (LSDs), can require so-called specialty diagnostic testing, such as immunogenicity testing (IgE/IgG), testing in relation to Adverse Events and/or biomarker testing (e.g. GL-3, Lyso-GL-3, Glc4) that may not be easily available locally, due to the low incidence of the diseases.

The specialty diagnostic testing will be coordinated by LabCorp, which is a Health Care Diagnostics Services Provider, on behalf of Sanofi Genzyme. The analysis will be conducted at LabCorp's specialized laboratories in the United States.

Sanofi Genzyme is only supporting this diagnostic service and is not otherwise involved in the diagnostic testing. In order to honor this request, I, the undersigned, agree to adhere to the specialty diagnostic testing services process as outlined below:

- use of specialty diagnostic program information and documentation, including specifically coded Test Request Forms (TRFs) and sampling collection guidelines, provided by LabCorp;
- use of LabCorp's on-line portal to download reports, if applicable;
- use of a Written Subject Information/Informed Consent Forms (WSI/ICF), either the ICF template provided by Sanofi Genzyme or a local ICF.

By signing this statement I confirm the following:

- The specialty diagnostic testing is performed at my own request and any monitoring and therapeutic decisions resulting from this testing are at my own responsibility;
- I will not seek nor accept reimbursement from a third party for the services provided by Sanofi Genzyme;
- I will not be paid or rewarded in any way by Sanofi Genzyme to test patients and/or use the diagnostic services;
- I will not be paid or rewarded in any way by Sanofi Genzyme for promoting and/or prescribing any Sanofi Genzyme products;
- I declare there is no conflict of interest between me (or any of my family members) and Sanofi Genzyme;
- I guarantee that I will timely inform my institution of the requested services and the content of this statement.

(Signature) Signature du médecin

(Date) Date

(Professional title and full name) [Professional title and full name] Pr/Dr ou tampon

Your personal data, entered on this statement, may be processed by Genzyme Europe B.V. (Sanofi Genzyme) and communicated to its affiliated companies in Europe. The legal basis for the processing of your personal data is the legitimate interest of the Data Controller, Sanofi Genzyme. Your personal data will be stored for as long as you make use of the systems. Sanofi Genzyme will not disclose this personal data to any other third parties not directly involved in the above described diagnostic services. In accordance to the General Data Protection Regulation, you have a right to access, rectify or have your personal data deleted and you have the right to withdraw your consent at any time; In order to exercise this right, or if you have any questions, please contact our Privacy Officer by e-mail at [Privacy.NL@sanofi.com](mailto:Privacy.NL@sanofi.com). You can consult the privacy statement of LabCorp at the following link: <https://www.labcorp.com/hipaa-privacy>. You also have the right to file a complaint before your local data protection authority if you believe that Sanofi has processed your Personal Data unlawfully.

## 2 Remplissage d'un formulaire de demande de dosage LabCorp par patient et par prélèvement

Environ une dizaine de jours après la création de votre compte, vous recevrez **par email** :

- Trois types de **formulaires de demande de dosage LabCorp** (de la part de [RareDiseaseProgram@LabCorp.com](mailto:RareDiseaseProgram@LabCorp.com))
    - Formulaire LabCorp pour le dosage des anticorps IgG (contrôle de routine)
    - Formulaire LabCorp pour le dosage des anticorps IgE
    - Formulaire LabCorp pour le dosage des anticorps neutralisants
  - L'identifiant et le mot de passe pour votre compte pour accéder aux résultats en ligne
- par courrier** : le **formulaire de demande d'enlèvement** de la part du transporteur **Marken** et les étiquettes pour les tubes

*En cas d'absence de formulaires ou de besoin d'information, veuillez envoyer un email (de préférence en anglais) à : [RareDiseaseProgram@LabCorp.com](mailto:RareDiseaseProgram@LabCorp.com)*

---

# 2 Remplissage d'un formulaire de demande de dosage LabCorp par patient et par prélèvement

Voulez-vous demander un dosage des anticorps IgG (contrôle de routine) ?

→ Choisissez le formulaire correspondant



**Sanofi Genzyme Rare Disease Specialty Testing Program**

Please complete this Test Requisition Form in English

Adresse de votre compte pré-remplie par LabCorp

Send additional copy of report to:

Fax

Call

Mail

Client Number/Clinician or Physician's Name      Phone/Fax Number (include country code)

Clinician or Physician's Address      Town/City, State/Province, Postal Code, Country

Nom et prénom du patient ou N° de patient interne à l'hôpital

Account # # de votre compte pré-rempli par LabCorp

Patient's Legal Name (Last, First, MI)

Sex

M  F

Date de naissance

MO DAY YEAR

MM JJ AAAA

Heure et date de prélèvement

Collection Time

AM  PM

Collection Date

MO DAY YEAR

MM JJ AAAA

Clinician or Physician's / Authorized Name (Last, First)      Clinician or Physician's / Authorized Signature

Nom, prénom et signature du médecin demandeur

X \_\_\_\_\_

Please check applicable treatment

Aldurazyme®

Cerezyme®

Fabrazyme®

Myozyme®

Test Category: **Anti-Drug IgG Antibody**

Mark requested testing below:

504744 Laronidase (Aldurazyme) IgG Antibody

504752 Imiglucerase (Cerezyme) IgG Antibody

504770 Agalsidase beta (Fabrazyme) IgG Antibody

504749 Alglucosidase alfa (Myozyme) IgG Antibody

← Cocher la case applicable au traitement

# 2 Remplissage d'un formulaire de demande de dosage LabCorp par patient et par prélèvement

Voulez-vous demander un dosage des anticorps IgE dans le cadre d'un événement indésirable ?

→ Choisissez le formulaire correspondant



**Sanofi Genzyme Rare Disease Specialty Testing Program**

Please complete this Test Requisition Form in English

Adresse de votre compte pré-remplie par LabCorp

Send additional copy of report to:

Fax

Call Client Number/Clinician or Physician's Name  Phone/Fax Number (include country code)

Mail Clinician or Physician's Address  Town/City, State/Province, Postal Code, Country

Nom et prénom du patient ou N° de patient interne à l'hôpital

Account # # de votre compte pré-rempli par LabCorp

Patient's Legal Name (Last, First, MI)

Sexe

M  F

Date de naissance

MO DAY YEAR

MM JJ AAAA

Heure et date de prélèvement

Collection Time

AM  PM

Collection Date

MO DAY YEAR

MM JJ AAAA

Clinician or Physician's / Authorized Name (Last, First)

Clinician or Physician's / Authorized Signature

Nom, prénom et signature du médecin demandeur

Patient's ID #

Please check applicable treatment

- Aldurazyme®
- Cerezyme®
- Fabrazyme®
- Myozyme®

**Test Category:** Adverse Event Hypersensitivity

Mark requested testing below:

- 504762 Laronidase (Aldurazyme) IgE Antibody
- 504758 Imiglucerase (Cerezyme) IgE Antibody
- 504754 Agalsidase beta (Fabrazyme) IgE Antibody
- 504766 Alglucosidase alfa (Myozyme) IgE Antibody
- 504775 Complement Activation: C3a
- 504779 Mast Cell Activation Serum Tryptase

← Cocher la case applicable au traitement

Toute information relative à un effet indésirable doit être transmise au service de pharmacovigilance de Sanofi :  
 Métropole : 0 800 394 000 (services & appels gratuits)  
 DROM-COM : 0 800 626 626 (services & appels gratuits)  
 Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

# 2 Remplissage d'un formulaire de demande de dosage LabCorp par patient et par prélèvement

Voulez-vous demander un dosage des anticorps neutralisants ?

→ Choisissez le formulaire correspondant



**Sanofi Genzyme Rare Disease Specialty Testing Program**

Please complete this Test Requisition Form in English

Adresse de votre compte pré-remplie par LabCorp

Send additional copy of report to:

Fax

Call

Mail

Client Number/Clinician or Physician's Name Phone/Fax Number (include country code)

Clinician or Physician's Address Town/City, State/Province, Postal Code, Country

Nom et prénom du patient ou N° de patient interne à l'hôpital

Account # # de votre compte pré-rempli par LabCorp

Patient's Legal Name (Last, First, MI)

Clinician or Physician's / Authorized Name (Last, First)

Clinician or Physician's / Authorized Signature

Sex

M  
 F

Date de naissance

MO DAY YEAR  
MM JJ AAAA

Heure et date de prélèvement

Collection Time  
 AM  
 PM

Collection Date  
MO DAY YEAR  
MM JJ AAAA

Patient's ID #

Nom, prénom et signature du médecin demandeur

Please check applicable treatment

Aldurazyme®

Fabrazyme®

Myozyme®

← Cocher la case applicable au traitement

Test Category: Adverse Event Neutralizing Antibody

Mark requested testing below:

504820 Laronidase (Aldurazyme) Neutralizing Antibody

504782 Agalsidase beta (Fabrazyme) Neutralizing Antibody

504815 Alglucosidase alfa (Myozyme) Neutralizing Antibody

Toute information relative à un effet indésirable doit être transmise au service de pharmacovigilance de Sanofi :  
 Métropole : 0 800 394 000 (services & appels gratuits)  
 DROM-COM : 0 800 626 626 (services & appels gratuits)  
 Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23

# 3 Prélèvement et conservation jusqu'au passage du transporteur Marken

- **Avant le premier prélèvement :**

- Faire signer au patient une note d'information et un consentement éclairé en deux exemplaires
- Un exemplaire est à conserver dans le dossier du patient et l'autre est destiné au patient



*Besoin d'un modèle de note d'information et de consentement éclairé ?*

Demandez à votre contact Sanofi

# 3 Prélèvement et conservation jusqu'au passage du transporteur Marken

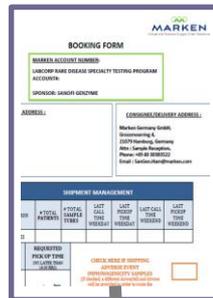
- **Après le prélèvement : IMPORTANT**

Si le laboratoire de votre hôpital traite, conserve les prélèvements et coordonne les enlèvements, assurez-vous de lui remettre avec les prélèvements :

- Un formulaire de demande de dosage LabCorp dûment rempli : **un par patient et par prélèvement**
- Un formulaire de demande d'enlèvement du transporteur MARKEN (cf. étape 4)



formulaire de demande de dosage LabCorp (1 par patient et par prélèvement)



formulaire de demande d'enlèvement du transporteur MARKEN (1 par ramassage)



# 3 Prélèvement et conservation jusqu'au passage du transporteur Marken

Dosages	Maladies	Nom des dosages	Substrat	Tube pour prélèvement	Tube pour dosage	Volume minimal requis	Conservation	Stabilité
<b>Anticorps IgG anti-médicament</b>	Fabry	Ac IgG agalsidase bêta	Sérum	Séparateur de sérum (SST) : avec bouchon jaune ou rouge	Cryotube en polypropylène de 2 ml à bouchon à vis	1 ml de sérum	Préférable : ≤-20 °C (congelé) Acceptable : 2 °C à 8 °C (réfrigéré)	Congelé : 24 mois Réfrigéré : 14 jours
	Gaucher	Ac IgG imiglucérase						
	MPS I	Ac IgG laronidase						
	Pompe	Ac IgG alglucosidase alfa						
<b>Événement indésirable : hypersensibilité</b>	Fabry	Ac IgE agalsidase bêta	Sérum	Séparateur de sérum (SST) : avec bouchon jaune ou rouge	Cryotube en polypropylène de 2 ml à bouchon à vis	1 ml de sérum	Préférable : ≤-20 °C (congelé) Acceptable : 2 °C à 8 °C (réfrigéré)	Congelé : 24 mois Réfrigéré : 14 jours
	Gaucher	Ac IgE imiglucérase						
	MPS I	Ac IgE laronidase						
	Pompe	Ac IgE alglucosidase alfa						
	Toutes	Activation du complément : C3a	Plasma	K2EDTA	Cryotube en polypropylène de 2 ml à bouchon à vis	1 ml de plasma	≤-20 °C (congelé)	1 mois : le prélèvement ne doit pas décongeler
Toutes	Tryptase sérique	Sérum	Séparateur de sérum (SST) : avec bouchon jaune ou rouge	Cryotube en polypropylène de 2 ml à bouchon à vis	1 ml de sérum	Préférable : ≤-20 °C (congelé) Acceptable : 2 °C à 8 °C (réfrigéré)	Congelé : 1 mois Réfrigéré : 14 jours	
<b>Événement indésirable : Ac neutralisants</b>	Fabry	Ac neutralisants agalsidase bêta	Sérum	Séparateur de sérum (SST) : avec bouchon jaune ou rouge	Cryotube en polypropylène de 2 ml à bouchon à vis	1 ml de sérum	Préférable : ≤-20 °C (congelé) Acceptable : 2 °C à 8 °C (réfrigéré)	Congelé : 24 mois Réfrigéré : 14 jours
	MPS 1	Ac neutralisants laronidase						
	Pompe	Ac neutralisants alglucosidase alfa						

*Veillez noter que les tubes ne sont pas fournis.*

Pour la recherche des anticorps IgG, IgE ou anticorps neutralisants : le prélèvement doit avoir lieu avant la perfusion ou 3 jours après la perfusion suivante.

Pour le dosage du complément activé et de la tryptase sérique : le prélèvement doit avoir lieu entre 1 à 3 heures après le début de l'événement indésirable suspecté.

Pour l'échantillon de sérum : laisser les tubes séparateur de sérum (SST) bouchon jaune ou rouge coaguler pendant 30 à 45 minutes. La centrifugation doit avoir lieu rapidement après, et de préférence dans l'heure qui suit le prélèvement.

Pour l'échantillon de plasma (complément activé) : remplir le tube K2EDTA et retourner doucement le(s) tube(s) 8 à 10 fois pour mélanger l'anticoagulant avec le sang. Transférer le plasma ou le sérum dans le cryotube et le stocker jusqu'à l'enlèvement par le transporteur Marken.

Veillez contacter [RareDiseaseProgram@LabCorp.com](mailto:RareDiseaseProgram@LabCorp.com) pour le volume minimal requis de substrat pour les patients enfants ainsi que pour les délais accélérés d'analyse (email de préférence en anglais).

# 3 Prélèvement et conservation jusqu'au passage du transporteur Marken

- Besoin de commander des **étiquettes supplémentaires** pour les tubes ?

Veuillez envoyer un email à :

[SanGen.HAM@Marken.com](mailto:SanGen.HAM@Marken.com)

et indiquer ces informations

Envoyer

De ▾

À [SanGen.HAM <SanGen.HAM@Marken.com>](mailto:SanGen.HAM@Marken.com);

Cc

Objet Sanofi Genzyme - Acc. # ...../Dr ...../France/Re-supply of tube labels

- Vous pouvez également utiliser les étiquettes usuelles en indiquant :  
le nom du patient ou ID #, date de prélèvement, le dosage demandé, sérum ou plasma

Dear All at Marken,

Please send XX tube labels to :

**Dr.....**  
HOPITAL .....  
Service ou Laboratoire  
Adresse  
Code postal VILLE  
France

Best regards.

# 4 Planification de l'enlèvement auprès du transporteur Marken

- Contactez le transporteur **MARKEN**
  - [Par.cs@marken.com](mailto:Par.cs@marken.com) (en français)
  - Fax : 01 71 04 57 58
  - Tél. : 01 71 04 57 57

*Ramassage possible sous 24 heures, s'il est demandé avant 10 heures*

Nombre total de patients

Nombre total de tubes

Date d'enlèvement souhaitée

Heure d'enlèvement souhaitée

Cocher la case si le prélèvement est réalisé dans le cadre d'un événement indésirable



**MARKEN**  
Global Life Science Supply Chain Solutions

### BOOKING FORM

**MARKEN ACCOUNT NUMBER:**  
LABCORP RARE DISEASE SPECIALTY TESTING PROGRAM  
ACCOUNT#:  
SPONSOR: SANOFI GENZYME

<p><b>SHIPPER/ PICKUP ADDRESS :</b></p> <p>Information pré-remplie</p>	<p><b>CONSIGNEE/DELIVERY ADDRESS :</b></p> <p>Marken Germany GmbH, Grossmooring 4, 21079 Hamburg, Germany Attn : Sample Reception, Phone: +49 40 30383522 Email : SanGen.Ham@marken.com</p>
--	---

SHIPMENT MANAGEMENT						
SHIPPING CONDITION	# TOTAL PATIENTS	# TOTAL SAMPLE TUBES	LAST CALL TIME WEEKDAY	LAST PICKUP TIME WEEKDAY	LAST CALL TIME WEEKEND	LAST PICKUP TIME WEEKEND
FROZEN SAMPLES						

<p><b>REQUESTED PICK UP DATE</b></p> <p>___/___/___ (dd/mm/yy)</p>	<p><b>REQUESTED PICK UP TIME (NO LATER THAN 16:00 HRS)</b></p> <p>___:___ hrs (24 hrs clock)</p>	<p style="text-align: center;"><b>CHECK HERE IF SHIPPING ADVERSE EVENT IMMUNOGENICITY SAMPLES</b> (If checked, a different Airwaybill and invoice will be provided in order to route the samples directly to the testing laboratory in the United States.)</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid orange; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>
--	--	---

PLEASE FAX OR EMAIL THE COMPLETED FORM TO YOUR MARKEN REPRESENTATIVE OFFICE :

Marken Paris  
Customer Service  
Tel : 0033 -1 71 04 57 57  
Fax: +33 1 71 04 57 58  
E-mail: [Par.cs@marken.com](mailto:Par.cs@marken.com)

# 4 Planification de l'enlèvement auprès du transporteur Marken

Au moment de l'enlèvement, Marken fournira tout le matériel nécessaire au transport

- sacs de transport 95kPa → insérer le formulaire de demande de dosage dans le soufflet situé au dos du sac de transport 95kPa
- papier absorbant et carboglace
- boîte de transport Marken BIOSystem
- facture proforma (obligatoire pour tout type de prélèvement dans les DROM-COM). Obligatoire pour prélèvements spécifiques (EI) en métropole
- un exemplaire du bordereau d'expédition

# 5 Recevoir les résultats

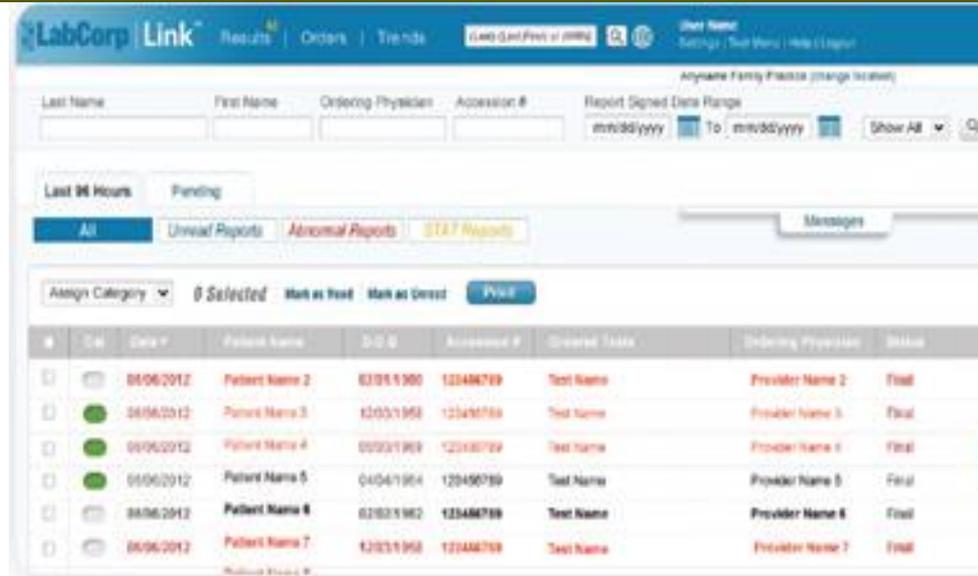
- Pour accéder aux résultats en ligne :
  - [www.LabCorpBeacon.com](http://www.LabCorpBeacon.com)
  - Saisir votre ID et votre mot de passe

fournis par email par :

[RareDiseaseProgram@LabCorp.com](mailto:RareDiseaseProgram@LabCorp.com)

environ une dizaine de jours après la demande de création de votre compte

- Délai moyen de réception des résultats :
  - Anticorps IgG : environ 4 semaines
  - Anticorps IgE/tryptase/Complément activé/Anticorps neutralisants : environ 12 jours



The screenshot shows the LabCorp Link web interface. At the top, there are navigation tabs for 'Results', 'Orders', and 'Trends'. Below this is a search bar with fields for 'Last Name', 'First Name', 'Ordering Physician', and 'Accession #'. There are also filters for 'Report Signed Date Range' and 'Show All'. The main content area displays a table of test results with columns for 'Date', 'Patient Name', 'D.O.B.', 'Accession #', 'Ordered Tests', 'Ordering Physician', and 'Status'. The table contains several rows of data, including patient names and test names.

	Date	Patient Name	D.O.B.	Accession #	Ordered Tests	Ordering Physician	Status
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 2	03/01/1980	123456789	Test Name	Provider Name 2	Final
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 3	03/05/1950	123456789	Test Name	Provider Name 3	Final
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 4	03/02/1969	123456789	Test Name	Provider Name 4	Final
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 5	04/04/1964	123456789	Test Name	Provider Name 5	Final
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 6	02/02/1982	123456789	Test Name	Provider Name 6	Final
<input type="checkbox"/>	01/06/2012	Patient Name 7	03/03/1950	123456789	Test Name	Provider Name 7	Final

# CONTACTS

- Pour toute information relative à votre compte, veuillez contacter LabCorp :  
[RareDiseaseProgram@LabCorp.com](mailto:RareDiseaseProgram@LabCorp.com) (email de préférence en anglais)
- Pour programmer les enlèvements, veuillez contacter le transporteur Marken (Paris) :
  - Email : [Par.cs@marken.com](mailto:Par.cs@marken.com) (en français)
  - Fax : 01 71 04 57 58
  - Tél. : 01 71 04 57 57
- Pour accéder aux résultats en ligne : [www.LabCorpBeacon.com](http://www.LabCorpBeacon.com)
- Toute information relative à un effet indésirable doit être transmise au service de pharmacovigilance de Sanofi :
  - Métropole : 0 800 394 000 (services & appels gratuits)
  - DOM TOM : 0 800 626 626 (services & appels gratuits)
  - Appel depuis l'étranger : +33 1 57 63 23 23
- Pour contacter le service d'Immunosurveillance de Sanofi Genzyme France :  
email : [france.immunosurveillance@sanofi.com](mailto:france.immunosurveillance@sanofi.com) – Téléphone : **0 800 62 23 33** Service & appel gratuits