

XXI. ANNEXE 7 : DEMANDE D'EXAMEN LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITÉ ET IMMUNOGÉNÉTIQUE – SITE D'ANGERS – PDL/LAB/HLA/FO/052



ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG PAYS DE LA LOIRE
SITE D'ANGERS -16, Boulevard Mirault BP30310 49103 ANGERS Cedex 02-

HLA-E-125/B
Maj : 30/11/2010

LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNO-GENETIQUE

(Enregistré n° 49/116 - Accrédité EF1 - Certifié ISO 9001-2000) Téléphone : 02.41.72.44.26 Mail : hla.angers@efs.sante.fr - Télécopie : 02.41.72.44.51

IDENTIFICATION DU PATIENT	SERVICE DEMANDEUR	RESERVE A L'EFS
<i>Coller étiquette ou remplir le cadre</i> Nom de naissance : Nom marital : Prénom : DN : / / Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Lieu de naissance :	<i>Coller étiquette ou remplir le cadre</i> Etablissement : Service d'hospitalisation : Nom : Code UF : Service destinataire du résultat : <small>(si différent de l'unité de prélèvement)</small>	Etiquette laboratoire

L'étiquetage bon et tubes doit se faire au lit du patient en interrogeant le patient sur son identité.

Les tubes doivent être correctement identifiés (Nom de naissance, Nom marital s'il y a lieu, Prénom, date de naissance et sexe).

Prélèvement effectué le : / /	Heure :
Par : Nom / Qualité du préleveur :	Signature :
Nom du médecin prescripteur :	

1- Recherche Association HLA et maladie (diabète, narcolepsie, maladie de Behcet, rhumatologie,.....)	
<input type="checkbox"/> Typage HLA A, B	6 ml Sang périphérique /ACD
<input type="checkbox"/> Typage HLA DR, DQ <input type="checkbox"/> DQB1*0602 (ou autre à préciser).....	6 ml Sang périphérique /EDTA
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES	

2- Recherche d'allèle HLA B5701 (avant mise sous traitement ABACAVIR) <input type="checkbox"/>	6 ml Sang périphérique /EDTA
---	------------------------------

3- Transplantation d'organe		
<input type="radio"/> Receveur	<input type="checkbox"/> Typage HLA 1ère détermination	2 x 6 ml Sang périphérique /EDTA
<input type="radio"/> Donneur Familial pour : Nom Prénom	<input type="checkbox"/> Typage HLA 2ème détermination	2 x 6 ml Sang périphérique /ACD
<input type="radio"/> Donneur d'organe - PMO - N° Cristal :		9 x 6 ml Sang périphérique /ACD ou ganglion, ou rate
<input type="radio"/> Recherche d'Anticorps anti HLA	<input type="checkbox"/> Allo Anticorps	6 ml Sang périphérique / tube sec
<input type="radio"/> Cross-Matches Lymphocytaires	<input type="checkbox"/> Pré greffe	6 ml Sang périphérique / tube sec
	<input type="checkbox"/> Pré greffe familiale	Receveur = 6 ml Sang périphérique / tube sec Donneur = 3 x 6 ml Sang périphérique /ACD
<input type="radio"/> Divers		

4- Greffe de moelle		
<input type="radio"/> Patient	<input type="checkbox"/> Typage HLA 1ère détermination	2 x 6 ml Sang périphérique /EDTA
	<input type="checkbox"/> Typage HLA 2ème détermination	
	<input type="checkbox"/> Greffe familiale <input type="checkbox"/> Greffe non-apparentée (Fichier)	
<input type="radio"/> Donneur Familial pour : Nom Prénom	<input type="checkbox"/> Typage HLA 1ère détermination	2 x 6 ml Sang périphérique /EDTA
	<input type="checkbox"/> Typage HLA 2ème détermination	
<input type="radio"/> Recherche d'Anticorps anti HLA	<input type="checkbox"/> Allo Anticorps	6 ml Sang périphérique / tube sec

5- Transfusion de plaquettes, Incidents transfusionnels, Autres.....	
<input type="checkbox"/> Typage HLA A, B	6 ml Sang périphérique /ACD
<input type="checkbox"/> Recherche d'Allo Anticorps anti HLA	6 ml Sang périphérique /sec
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES	

Date et heure de réception :

Initiale de la personne recevant :