

DEMANDE D'EXAMENS D'IMMUNOGÉNÉTIQUE (Laboratoire HLA)

IDENTITÉ DU PATIENT (ou étiquette) (Mentions obligatoires) Nom de naissance : Prénom : Date de Naissance : Nom usuel : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N° identifiant :	ÉTABLISSEMENT ET SERVICE DEMANDEUR	N° ENREGISTREMENT EFS
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------

Bilan allogreffe de cellules souches hématopoïétiques :
 Receveur Donneur - si familial, nom et lien avec le patient :
Renseignements cliniques (Obligatoire) :
 Interférence(s) possibles(s) avec les résultats : Aucune IgIV SAL/ATG Hypergammaglobulinémie Rituximab Echanges plasmatiques

 Evènement immunisant récent : transfusion grossesse greffe antérieure Vaccination
Examen(s) demandé(s) :
 Typage générique (1ère détermination) (2 tubes de 7 mL EDTA)

 Typage allélique (2ème détermination) (2 tubes de 7 mL EDTA)

 Chimérisme : A faire parvenir au laboratoire dans les 24H MAX avec 3 étiquettes Patients

 Etude profils pré allogreffe Profil receveur Profil donneur

 Etude du Chimérisme post allogreffe (sur RDV) sang (2 tubes EDTA) moelle (1tube EDTA) CD3 (3 tubes ACD)

 Recherche d'anticorps anti-HLA (2 tubes gélosés secs de 5mL ou 1 tube sec de 7mL)

 Sérothèque DNATHèque
Prélèvement Multi-organes :
 URGENT (prévenir le laboratoire)
 Typage générique: (2 tubes de 7 mL EDTA)

 Typage complémentaire :
Bilan Transplantation d'organe :
 URGENT (prévenir le laboratoire)
 Rein Foie Cœur Autres :

 Receveur Donneur - si familial, nom et lien avec le patient :
Renseignements cliniques (Obligatoire) :
 Suivi PRE-transplantation : patients NON inscrits patients inscrits

 Suivi POST-transplantation Suspicion ou suivi d'un rejet (date du diagnostic de rejet :)

 Evènement immunisant récent : J14 M1 M3 M6 >M6

 transfusion transplantectomie arrêt/diminution immunosuppression grossesse (suivi mensuel à partir 3ème mois) Vaccination

 Interférence(s) possible(s) avec les résultats : Aucune IgIV SAL/ATG Hypergammaglobulinémie Rituximab Echanges plasmatiques
Examen(s) demandé(s) :
 Typage 1ère détermination (2 tubes de 7 mL EDTA)

 Typage 2ème détermination (2 tubes de 7 mL EDTA)

 Typage supplémentaire demandé :

 Recherche d'anticorps anti-HLA (2 tubes gélosés secs de 5mL ou 1 tube sec de 7mL)

 Cross-match lymphocytaire par LCT

(Receveur : 2 tubes de 7mL tube sec / Donneur : Echantillon ganglionnaire+splénique) N°CRISTAL donneur :(OBLIGATOIRE)

 Cross-match lymphocytaire par LCT pour greffe familiale (Receveur : 1 tube de 7mL tube sec / Donneur : 6 tubes ACD) **SUR RDV**
 Auto Cross-match lymphocytaire par LCT (Receveur : 1 tube de 7mL tube sec + 4 tubes ACD)

 Cross-match lymphocytaire par cytométrie en flux (Receveur : 7mL tube sec) (Donneur familial : 20ml ACD)

 Sérothèque (7mL tube sec) Cellulothèque (20mL ACD) DNATHèque Autres :
Association HLA et maladies :

Remplir OBLIGATOIREMENT le consentement éclairé du patient pour examens génétiques au verso. (2 tubes de 7 mL EDTA)

 HLA-B*27 HLA-B*57:01 Uvélite (HLA-A*29, B*27, B*51) Maladie coeliaque (HLA-DQ2 et/ou DQ8)

 Autre(s) allèle(s)/antigène(s) :

Nom et signature du PRESCRIPTEUR :
Prélèvement effectué par :
Date et heure du prélèvement :