

DEMANDE D'EXAMENS

Laboratoire d'Immunogénétique HLA Nouvelle Aquitaine

Site	POITIERS
Téléphone	05 49 61 57 29
Fax	05 49 61 57 81

Manuel de prélèvement du Laboratoire disponible sur demande	Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :										
Identité du patient	Prescripteur										
(Coller une étiquette ou renseigner)	Nom/Prénom du prescripteur :/.....										
Nom de naissance :	Qualité :										
Nom marital ou d'usage :	Date de prescription : ____ / ____ / ____										
Prénom :	Etablissement ou LBM :										
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Service ou adresse :										
Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I	Code service (UF/UA/UH) :										
N° identifiant unique :	Téléphone :										
	Destinataire des résultats si différent du prescripteur :										
Urgence : cocher ici ☐	Prélèvement										
Préciser impérativement le motif de l'urgence :	Date de prélèvement : ____ / ____ / ____ Heure : ____ H										
Résultats à communiquer : ☐ par FAX N° ☐ par voie électronique	<table border="1"> <tr> <td>Préleveur</td><td>Signature</td></tr> <tr> <td>Nom :</td><td></td></tr> <tr> <td>Prénom :</td><td></td></tr> <tr> <td>Qualité :</td><td></td></tr> <tr> <td>N° identifiant professionnel :</td><td></td></tr> </table>	Préleveur	Signature	Nom :		Prénom :		Qualité :		N° identifiant professionnel :	
Préleveur	Signature										
Nom :											
Prénom :											
Qualité :											
N° identifiant professionnel :											

TYPAGE HLA : Echantillons biologiques : 1 tube de 7 ml EDTA  ou prélèvement sur kit salivaire ou ADN extrait ou échantillon ganglionnaire ou splénique (donneur d'organe). 

GREFFE DE CSH	☐ Typage patient ☐ Typage donneur registre ☐ Typage donneur familial	☐ 1 ^{ère} détermination ☐ 2 ^{ème} détermination Pour NOM/Prénom : Lien de parenté :
TRANSPLANTATION D'ORGANE	☐ Typage patient ☐ Typage patient pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i> ☐ Typage donneur Greffe Donneur Vivant ☐ Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif / contacter le laboratoire</i>	☐ 1 ^{ère} détermination ☐ 2 ^{ème} détermination Pour NOM/Prénom : Lien avec le receveur :
TRANSFUSION	☐ Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i> ☐ Typage patient pour suspicion de TRALI	
HLA et MALADIES Remplir et joindre impérativement l'attestation de consultation et consentement (EFS Nouvelle-Aquitaine - Bienvenue sur notre Manuel de prélèvement (manuelprelevement.fr))	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : Préciser la pathologie suspectée : ☐ HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot) ☐ Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*) ☐ HLA-B27 (uvéïte, spondylarthrite ankylosante) ☐ Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) ☐ HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir ☐ Narcolepsie (DQB1*06 :02) ☐ HLA-B51 (maladie de Behcet) ☐ Autre(s) allèle(s) / antigène(s):	

ANTICORPS ANTI-HLA : Echantillons biologiques : Transplantation d'organe = 2 tubes gélosés secs 7 ml   ou sérum décanté à partir des mêmes prélèvements. Autre cas = 1 tube gélosé sec 7 ml  .

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS Préciser si :	☐ Transfusion ☐ J30 ☐ autre : J... ☐ Retour dialyse ☐ Transplantectomie ☐ M1 ☐ M6 ☐ autre : M... ☐ Arrêt immunosuppression ☐ Grossesse (suivi mensuel à partir 3e mois) préciser : ☐ Ttt IgIV ☐ Ttt SAL/ATG ☐ Ttt Rituximab ☐ Hypergammaglobulinémie ☐ Echanges plasmatiques
TRANSPLANTATION D'ORGANE	☐ Suivi pré-transplantation ☐ Recherche pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i> ☐ Suivi POST-transplantation ☐ Recherche de DSA (suspicion de rejet, suivi traitement ...) <i>si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</i>
TRANSFUSION	☐ Pré-transfusionnel ☐ Suspicion de TRALI ☐ Inefficacité transfusionnelle plaquettaire <i>si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</i> ☐ Frissons / Hyperthermie
GREFFE DE CSH	☐ Pré-greffe ☐ Recherche de DSA (Suivi traitement ...) <i>si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</i>

CROSS-MATCH / Auto Anticorps Préciser si : ☐ Ttt IgIV ☐ Ttt SAL/ATG ☐ Ttt Rituximab ☐ Hypergammaglobulinémie ☐ Echanges plasmatiques		Echantillons biologiques nécessaires :
CROSS-MATCH par LCT PRE-TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO <u>URGENT : Compléter le champ «Urgence» / contacter le laboratoire</u>	Donneur CODE CRISTAL : (OBLIGATOIRE)	<u>Receveur</u> : 2 tubes gélosés secs 7 ml   <u>Donneur</u> : échantillon ganglionnaire + splénique
CROSS-MATCH par LCT PRE-TRANSPLANTATION : Greffe rénale avec DONNEUR VIVANT ou Greffe de CSH sur RDV	Donneur NOM/Prénom ou N° : Lien avec le receveur : Date prévisionnelle de greffe : ____ / ____ / ____	<u>Receveur</u> : 1 tube gélosé sec de 7ml   <u>Donneur</u> : 6 tubes ACD 
AUTO-ANTICORPS	☐ Auto cross-match pré-transplantation avec donneur vivant ☐ autre	<u>Receveur</u> : 1 tube sec 7 ml   + 4 tubes(s) ACD 
CROSS-MATCH par CYTOMETRIE EN FLUX	Donneur CODE CRISTAL : Donneur NOM/Prénom ou N° : Lien avec le receveur : Date prévisionnelle de greffe : ____ / ____ / ____	<u>Receveur</u> : 1 tube sec 7 ml   <u>Donneur familial</u> : 5 tubes ACD 
CROSS-MATCH VIRTUEL	Attestation de vérification de l'absence d'événement immunisant au cours des 3 derniers mois Donneur CODE CRISTAL : Ou Donneur NOM/Prénom ou N° : Lien avec le receveur : Date prévisionnelle de greffe : ____ / ____ / ____	Signature du prescripteur

CHIMERISME : « pré requis : le laboratoire doit disposer d'ADN du Donneur et d'ADN du Receveur pour étude des profils avant greffe » Echantillons biologiques nécessaires : <u>Sang</u> : 1 tube EDTA 6 ml du receveur  <u>Moelle Osseuse</u> : 1 tube EDTA 6 ml du receveur  <u>CD3</u> : 3 tubes ACD  ou 8 si le patient a une leucopénie
☐ Receveur : Diagnostic hématologique : ☐ Donneur (si familial, nom et lien avec le patient) : ☐ Etude profils pré allogreffe ☐ Profil receveur ☐ Profil donneur ☐ Etude du chimérisme post allogreffe ☐ Sang ☐ Moelle ☐ CD3 <u>Si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</u>

CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS		
Demande conforme : ☐ OUI ☐ NON		Nombre de tubes reçus :
Si non conforme : Code(s) NC : Service, nom et fonction de la personne prévenue ou ayant régularisée la NC par téléphone:	☐ Service averti par téléphone ☐ Demande régularisée ☐ Dérogation par Biologiste: ☐ Demande refusée	Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)
Réponse du service :		NC avertie/régularisée par :



ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

2 exemplaires : 1 exemplaire à envoyer au laboratoire avec le prélèvement et 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné, certifie avoir reçu ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée ou sur les facteurs génétiques de susceptibilité au(x) médicament(s) étudié(s), les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Signature et Tampon du médecin

Fait à le __/__/__

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Identité Patient : Nom de naissance : Nom Marital

Prénom : Date naissance : __/__/__

Je soussigné(e)s M et/ou Mme né(e)s le

- ☐ Patient concerné par l'examen
- ☐ Titulaire(s) de l'autorité parentale du patient ci-dessus
- ☐ Représentant légal du patient identifié ci-dessus

Reconnais avoir reçu du médecin prescripteur, l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques (typage HLA) qui seront réalisés afin :

- ☐ d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie suivante (visée diagnostique), à préciser :
 - ☐ Pathologies rhumatismales
 - ☐ Narcolepsie-Cataplexie
 - ☐ Maladie cœliaque
 - ☐ Maladie de Behçet
 - ☐ Uvéite inflammatoire
 - ☐ Chorioretinopathie de Birdshot
 - ☐ Diabète de type I
 - ☐ Autre pathologie (à préciser) :
- ☐ d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie à un traitement médicamenteux (visée thérapeutique), à préciser :
 - ☐ Hypersensibilité à l'Abacavir
 - ☐ Autre pathologie (à préciser) :
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique

Je consens pour cela au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient ci-dessus identifié et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé : ☐ OUI ☐ NON

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre

- ☐ Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille
- ☐ Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen :

- ☐ Je consens à ce qu'il puisse être utilisé, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique, impliquant l'examen des caractéristiques génétiques. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant / concernant le patient, seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, ces études scientifiques seront sans bénéfice ni préjudice pour moi ou pour le patient.

Fait à le __/__/__

Signature du patient ou de son
représentant ci-dessus mentionné