



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

TYPAGE HLA Echantillons biologiques : 2 tubes de 7ml EDTA ou Prélèvement salivaire kit Oragen ou ADN extrait ou échantillon ganglionnaire ou splénique (donneur d'organe)	
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination <input type="checkbox"/> Typage donneur registre <input type="checkbox"/> Typage donneur familial Pour NOM/Prénom : Lien de parenté :
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination <input type="checkbox"/> Typage patient pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif <input type="checkbox"/> Typage donneur Greffe Donneur Vivant Pour NOM/Prénom : Lien avec le receveur : <input type="checkbox"/> Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif / contacter le laboratoire
TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif <input type="checkbox"/> Typage patient pour suspicion de TRALI
HLA et MALADIES <i>Remplir et joindre impérativement l'attestation de consultation et consentement</i>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : Préciser la pathologie suspectée : <input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot) <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*) <input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte, spondylarthrite ankylosante) <input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) <input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir <input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02) <input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet) <input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s) :

ANTICORPS ANTI-HLA Echantillons biologiques : Transplantation d'organe =2 tubes gélosés secs 7ml ou sérum décanté à partir des mêmes prélèvements Autre cas= 1 tube gélosé sec 7ml	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS <i>Préciser si :</i>	<input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> J30 <input type="checkbox"/> autre : J... <input type="checkbox"/> Retour dialyse <input type="checkbox"/> Transplantectomie <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> autre : M... <input type="checkbox"/> Arrêt immunosuppression <input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel à partir 3e mois) <i>préciser :</i> <input type="checkbox"/> Ttt IgIV <input type="checkbox"/> Ttt SAL/ATG <input type="checkbox"/> Ttt Rituximab <input type="checkbox"/> Hypergammaglobulinémie <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Suivi PRE-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif <input type="checkbox"/> Suivi POST-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche de DSA (suspicion de rejet, suivi traitement ...) si URGENT : Compléter le champ «Urgence»
TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Prétransfusionnel <input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Compléter le champ «Urgence» <input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Pré-greffe



Recherche de DSA (Suivi traitement ...) **si URGENT : Compléter le champ «Urgence»**

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

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: **Sang**: 1 tube EDTA 6 ml du receveur **Moelle Osseuse** : 1 tube EDTA 6 ml du receveur **CD3** : 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

Si URGENT : Compléter le champ «Urgence»

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