



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 (coller une étiquette ou renseigner) 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 : Destinataire des résultats si différent du prescripteur :		
Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/> Préciser impérativement le motif de l'urgence Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> par FAX N° <input type="checkbox"/> par voie électronique	Prélèvement Date de prélèvement : ___ / ___ / ____ Heure : ___ H <table border="1"><tr><td>Préleveur Nom : Prénom : Qualité : N° identifiant professionnel :</td><td>Signature</td></tr></table>	Préleveur Nom : Prénom : Qualité : N° identifiant professionnel :	Signature
Préleveur Nom : Prénom : Qualité : N° identifiant professionnel :	Signature		

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	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 :	
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 Remplir et joindre impérativement <u>l'attestation de consultation et consentement</u>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : Préciser la pathologie suspectée :		
	<input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot) <input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte, spondylarthrite ankylosante) <input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir <input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet)	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*) <input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) <input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02) <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 Préciser si :	<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...
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Arrêt immunosuppression <input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel à partir 3e mois) préciser :		
	<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		
TRANSFUSION	<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		
GREFFE DE CSH	<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		
GREFFE DE CSH	<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 : ___ / ___ / ____
AUTO-ANTICORPS		<input type="checkbox"/> Auto-crossmatch pré-transplantation avec donneur vivant <input type="checkbox"/> autre
CROSSMATCH par CYTOMETRIE EN FLUX		Donneur CODE CRISTAL : Donneur NOM/Prénom ou N° : Lien avec le receveur : Date prévisionnelle de greffe : ___ / ___ / ____
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 : ___ / ___ / ____

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 :



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.

Fait à le __/__/__

Signature et Tampon du médecin

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