

Demande d'EXAMEN : Laboratoire d'IMMUNOGENETIQUE HLA_Site de TOURS

Site de **Tours** : ☎ 02 47 36 01 08 📠 02 47 36 01 21
2 Bd Tonnellé – 37206 TOURS Cedex 3

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : https://efs-pl.manuelprelevement.fr/	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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	Code service (UF/UA/UH) :
N° identifiant unique :	Téléphone :
	<i>Destinataire des résultats si différent du prescripteur :</i>
URGENCE : cocher ici <input type="checkbox"/>	Prélèvement
<i>Préciser impérativement le motif de l'urgence</i>	Date de prélèvement : ___ / ___ / _____ Heure : ___ H ___
.....	<i>Préleveur :</i>
.....	Nom :
Résultats à communiquer :	Prénom :
<input type="checkbox"/> par FAX N°	Qualité :
<input type="checkbox"/> par voie électronique	N° identifiant professionnel :
	<i>Signature</i>

*Les échantillons à prélever sont donnés à titre indicatif. Pour plus de précisions consulter <https://efs-pl.manuelprelevement.fr/>

TRANSPLANTATION D'ORGANE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS Préciser si :	<input type="checkbox"/> Transfusion	Date :	<input type="checkbox"/> J21	<input type="checkbox"/> J30
	<input type="checkbox"/> Retour dialyse	Date :	<input type="checkbox"/> M6	
	<input type="checkbox"/> Transplantectomie	Date :	<input type="checkbox"/> M1	<input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M6
	<input type="checkbox"/> Suspicion rejet	Date :		
	<input type="checkbox"/> Arrêt/Baisse immunosuppression	Date :	<input type="checkbox"/> M6	
	<input type="checkbox"/> Transplantation(s) antérieure(s)	Date(s) :		
	<input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel à partir 3e mois) préciser :		Post-accouchement	<input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M3
	<input type="checkbox"/> Hypergammaglobulinémie			
	TRAITEMENT(S)			
	<input type="checkbox"/> Ttt IgIV Date :	<input type="checkbox"/> Ttt SAL/ATG Date :	<input type="checkbox"/> Ttt Rituximab	Date :
	<input type="checkbox"/> Autres Ac monoclonaux dirigés contre les LyT ou B (préciser) :			
	<input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques : Prélèvement réalisé <input type="checkbox"/> Pré / <input type="checkbox"/> Post			
ANTICORPS ANTI HLA ou 1 tube sec de 6 mL*	<input type="checkbox"/> Suivi PRE-transplantation <i>si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i>			
	<input type="checkbox"/> Suivi POST-transplantation			
	<input type="checkbox"/> Recherche de DSA (suspicion de rejet, suivi traitement ...) <i>si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</i>			
TYPAGE HLA 1 tube EDTA de 6 mL*	<input type="checkbox"/> Typage patient	<i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i>		
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination	
	<input type="checkbox"/> Typage donneur <i>Transplantation Donneur Vivant</i>	Pour NOM/Prénom Receveur :		
		Date de naissance Receveur : ___ / ___ / _____ Lien avec le receveur :		
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination	
	<input type="checkbox"/> Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) <i>URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif / contacter le laboratoire</i>			
	<i>Echantillons biologiques en plus : 4 tubes ACD</i>			

GREFFE DE CSH

RENSEIGNEMENTS :		<input type="checkbox"/> Leucopénie <1G/L	<input type="checkbox"/> Présence de Blastes circulants : valeur en : %
ANTICORPS ANTI HLA 1 tube sec de 6 mL*	<input type="checkbox"/> Pré-greffe		
	<input type="checkbox"/> Recherche de DSA (Suivi traitement ...) <i>si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</i>		
TYPAGE HLA 1 tube EDTA de 6 mL*	<input type="checkbox"/> Typage patient	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination
		Pour NOM/Prénom Receveur :	
	<input type="checkbox"/> Typage donneur familial	Date de naissance Receveur : ___ / ___ / _____ Lien avec le receveur :	
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination

HLA et MALADIES											
<p>TYPAGE HLA Remplir et joindre impérativement l'ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT**</p> <p> 1 tube EDTA de 6 mL*</p>	<p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : Préciser la pathologie suspectée :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot)</td> <td><input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte)</td> <td><input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante)</td> <td><input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir</td> <td><input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot)	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*)	<input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte)	<input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*)	<input type="checkbox"/> HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante)	<input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02)	<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir	<input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s):	<input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet)	
<input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot)	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*)										
<input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte)	<input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*)										
<input type="checkbox"/> HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante)	<input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02)										
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir	<input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s):										
<input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet)											

*Les échantillons à prélever sont donnés à titre indicatif. Pour plus de précisions consulter <https://efs-pl.manuelprelevement.fr/>

** Attestation disponible sur <https://efs-pl.manuelprelevement.fr/>

TRANSFUSION	
<p>ANTICORPS ANTI HLA</p> <p> ou </p> <p>1 tube sec de 6 mL*</p>	<p><input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI</p> <p><input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</p> <p><input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie</p>
<p>TYPAGE HLA</p> <p></p> <p>1 tube EDTA de 6 mL*</p>	<p><input type="checkbox"/> Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</p> <p><input type="checkbox"/> Typage patient pour suspicion de TRALI</p>

CROSSMATCH / Auto CROSSMATCH		Echantillons biologiques *
<p>TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO</p> <p>Donneur CODE CRISTAL :</p>	<p><input type="checkbox"/> Crossmatch URGENT : Compléter le champ «Urgence» / contacter le laboratoire</p>	<p>Receveur : 1 tube sec 6 mL </p> <p>Donneur : échantillon ganglionnaire et splénique</p>
<p>TRANSPLANTATION RÉNALE AVEC DONNEUR VIVANT</p> <p>Identité receveur :</p> <p>Lien donneur/receveur :</p> <p>Date prévisionnelle de transplantation : __/__/____</p>	<p><input type="checkbox"/> Exploration: Crossmatch (LCT + Cytométrie en flux) Auto-crossmatch (Cytométrie en flux) Cellulothèques donneur/receveur</p>	<p>Receveur : 1 tube sec 6 mL </p> <p>+ 4 à 6 tubes ACD  (30 mL minimum)</p> <p>Donneur : 6 à 8 tubes ACD  (50 mL minimum)</p>
<p>AUTO-CROSSMATCH</p>	<p><input type="checkbox"/> Jour de transplantation : Crossmatch (LCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Auto-crossmatch (LCT)</p>	<p>Receveur : 1 tube sec 6 mL </p> <p>Donneur : 2 à 4 tubes ACD </p>
<p>CROSS-MATCH VIRTUEL</p>	<p>Attestation de vérification de l'absence d'événement immunisant au cours des 3 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Donneur CODE CRISTAL :</p> <p><input type="checkbox"/> Ou Donneur NOM/Prénom ou N°:</p> <p>Lien avec le receveur :</p> <p>Date prévisionnelle de transplantation : __/__/____</p>	<p>Signature du prescripteur</p>

BIOTHEQUES		Echantillons biologiques* :
<p>SEROTHEQUE</p>	<p><input type="checkbox"/> Contexte :</p>	<p>1 tube sec 6 mL </p>
<p>DNATHEQUE</p>	<p><input type="checkbox"/> Contexte :</p>	<p>1 tube EDTA 6 mL </p>
<p>CELLULOTHÈQUE</p>	<p><input type="checkbox"/> Contexte :</p>	<p>2 tubes ACD </p>

Les critères de non-conformité pré-analytiques sont accessibles sur le manuel de prélèvement, merci de vous y reporter. Certaines d'entre elles peuvent entraîner un refus de la demande.

RESERVE AU LABORATOIRE HLA

- Ajout(s) d'examen en accord avec le service (préciser l'examen) :
- Suppression(s) d'examen en accord avec le service (préciser l'examen) :
- Correction(s) apportée(s) à la demande d'examen :
 - Identification Service/ES
 - Date/Heure de Prélèvement
 - Identité Prescripteur
 - Autre(s) :
 - Identité Préleveur

Date, heure	Remarque ou Contenu d'un échange et informations utiles à la traçabilité (exemple : Signalement de la Non-conformité d'une demande au service prescripteur, détail de la NC, interlocuteur...)	Visa