CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE IMMUNOLOGIE ET IMMUNOGÉNÉTIQUE

HLA 16637 Cellulaire 14327

REFERENCES POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:
N° CelFacBio 3814 ☐ Libourne 610012 ☐ I. Bergonié 409309
☐ C. Perrens 610001 ☐ Cadillac 610023 ☐ N° autre étab. ext. :

⚠ Concerne l'ABC ⚠
Coller ici :
l'étiquette bon de demande sans masquer le prescripteur merci

La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses

Etiquette du malade ou N° Cristal
Nom d'usage : ……..
Nom de famille (de naissance) : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : …… / …… / ……
N° Identification : ……
Ville : …… CP : ……

Cachet du service (UG)
Téléphone

Médecin prescripteur : ……
……
Date de prélèvement : ……
Heure de prélèvement (T0 si multitemps) : ……
Préleveur (nom, qualité) : ……
Incidents survenus lors du prélèvement :
……
……

Seules les analyses cochées seront réalisées **Les examens avec sont réalisables 24h/24**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: ……

IMMUNOLOGIE CELLULAIRE [Sang - 1 tube EDTA 5 ml (bouchon violet) LBA – pot stérile]

Transport et Conservation à température ambiante

Immunophénotypages sanguins de 1ère intention

☐	ILT	Lymphocytes T (CD3/4/8)
☐	IBNK	Lymphocytes T, B et NK (CD3/4/8/19/16/56)
☐	ILTDR	Lymphocytes T activés (CD3/4/8/HLA-DR)
☐	ICD2	Suivi traitement sérum anti-lymphocytaire (CD2)

Examens spécialisés **(justification clinique obligatoire)**

☐	ILTGD	Lymphocytes T gamma delta
☐	ISPB	Lymphocytes B naïfs/mémoires
☐	ISPT	Lymphocytes T naïfs/mémoires
☐	ILTREG	Lymphocytes T régulateurs
☐	ICAR191	Quantification CAR-T *cells* anti CD19

☐	ICD46	Syndrome Hémolytique et Urémique Atypique
☐	IAB	Syndrome lymphoprolifératif auto-immun (ALPS)
☐	ILBA	Lavage broncho-alvéolaire
☐	ILTX	Liquide biologique autre – préciser : ……

TB-SPOT-TB [2 tubes héparinés 7ml (vert foncé)]
Accord préalable du laboratoire indispensable (14327)

- ❑ Immuno-dépression T connue *CD4 <400/µL ou lymphocytes <1000/µL*
- ❑ Antériorité de QuantiFERON® indéterminé

☐	ITBS	T-SPOT.TB

→ ***Autres cas : bon MYCOBACTERIES*** *(vert)*

IMMUNOGENETIQUE ET MALADIES [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

examen des caractéristiques génétiques :
Joindre l'attestation de consultation et le consentement éclairé signés

Documents disponibles dans le catalogue des examens

	Analyse demandée		Contexte
☐	**IHB27S**	HLA-B*27	Spondylo-arthrites
☐	**IHB27U**	HLA-B*27	Uvéïte
☐	**IHB57**	HLA-B*57:01	Hypersensibilité à l'abacavir
☐	**IHB51**	HLA-B*51	Maladie de Behçet
☐	**IHA2**	HLA-A*02:01	Traitement par tebentafusp
☐	**IHA29**	HLA-A*29	Choriorétinopathie de Birdshot

	Analyse demandée		Contexte
☐	**IDRD**	HLA-DRB1; DQA1; DQB1	Diabète Insulino-Dépendant
☐	**IDRPR**	HLA-DRB1	Polyarthrite rhumatoïde
☐	**IDQCO**	HLA-DQB1; DQA1	Maladie coeliaque
☐	**IDQNA**	HLA-DQB1*06:02	Narcolepsie
☐	**IHLAU**	Autre susceptibilité recherchée : ……	

Préciser le(s) locus(i) à typer

HLA ET TRANSPLANTATION D'ORGANE

1 - TYPAGE HLA

[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

Receveur d'organe :
Contexte : ☑ ORGA

☐	**ITYO1**	1ère Détermination
☐	**ITYO2**	2ème Détermination (A prélever >24h après la 1e détermination)

Donneur d'organe vivant(1) **:**
Contexte : ☑ ORGA

☐	**ITYD1**	1ère Détermination
☐	**ITYD2**	2ème Détermination

Donneur d'organe décédé : ☐ **ITCAD** **Typage en urgence**

(1) Précisez le lien avec le receveur puis son nom *(ex: Père de Mr DUPONT Jean)*
……
……

2 - ANTICORPS ANTI-HLA

[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

☐ **IAHLA** **Dépistage +/- Identification** *Contexte :* ☑ ORGA
Patient traité par ☐ Anti-CD20 ☐ Immunoglobulines IV

☐ Suivi pré-greffe systématique
☐ Suivi post-greffe systématique : ☐ M1 ☐ M3 ☐ M12 ☐ Bilan annuel
☐ Suivi pré ou post sur indication : ☐ Biopsie greffon non systématique ☐ Réinscription
☐ Transplantectomie le …… ☐ Désimmunisation
☐ Transfusion le ……

En cas d'urgence, contacter le Biologiste d'astreinte

3 - CROSS-MATCH

☐ **IXHLA** **Crossmatch en cytométrie en flux**

Receveur d'organe : ☐ REIN ☐ FOIE ☐ COEUR ☐ POUMON

[3 tubes ACD 8,5 ml (bouchon jaune) + 2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

Donneur d'organe : ☐ Donneur décédé
☐ Donneur vivant – préciser le nom du donneur et le lien avec le receveur *(ex DUPONT Louis, son père)* : ……

[2 ou 3 ganglions et/ou 1 morceau de rate] [4 tubes ACD 8,5 mL (bouchon jaune)]

HLA ET GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: ……..

Prescription d'un bilan en vue d'une greffe de CSH :

*pour un **receveur au diagnostic,** cocher **ITYO1** et **IAHLA** (receveur)*
*pour un **receveur au bilan pré-greffe,** cocher **ITYO2 + IFIC, IAHLA** (receveur) **et IGCHI***
*pour une recherche de **donneur intrafamilial,** cocher **ITYD1***
*pour le bilan pré-don d'un **donneur intrafamilial,** cocher **ITYD2 + IFIC** et **IAHLA** (donneur)*

1 - TYPAGE HLA

Receveur : *Contexte :* ☑ CSH	☐ ITYO1	1ère Détermination au diagnostic	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]#
	☐ ITYO2	2ème Détermination — A prélever >24h après la 1e détermination **et hors période blastique obligatoirement**	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)] ##
Donneur familial(1) **ou non apparenté :** *Contexte :* ☑ CSH	☐ ITYD1	1ère Détermination lors de la recherche	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
	☐ ITYD2	2ème Détermination	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

 # Si patient en aplasie : Kit salivaire et/ou 3 tubes EDTA 7 ml (bouchon violet)

Si patient en aplasie : Kit salivaire et/ou 3 tubes EDTA 7 ml (bouchon violet) + 3 tubes ACD (bouchon jaune)

(1) Précisez le lien avec le receveur puis son nom *(ex: Père de Mr DUPONT Jean)* : ……

2 - ANTICORPS ANTI-HLA

Receveur : *Contexte :* ☑ RCSH	☐ IAHLA	Dépistage +/- Identification ☐ Patient non greffé ☐ Patient greffé	[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
Donneur : *Contexte :* ☑ DCSH	☐ IAHLA	Dépistage +/- Identification si choisi comme donneur	[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

3 - CHIMERISME

☐ IGCHI	Etude des profils pré-allogreffe	[2 tubes EDTA 7 ml (bouchon violet)]
☐ IECHI	Etude du chimérisme post-allogreffe (SANG)	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
☐ IECHIM	Etude du chimérisme post-allogreffe (MOELLE)	[1 tube EDTA 5 ml (bouchon violet)]

Date dernière allogreffe : ……..

Contexte de prescription : ☐ Suivi systématique ☐ Suspicion de non prise de greffe ☐ Suspicion de rechute ☐ Autre……..

4 - CENTRE DONNEUR

☐ ITDVM	Typage DVMO	[1 tube EDTA (bouchon violet)]
☐ IEXDE	Extraction d'ADN	[1 tube EDTA ml (bouchon violet)]

INEFFICACITE TRANSFUSIONNELLE PLAQUETTAIRE (ITP)***

***Joindre obligatoirement une copie du signalement d'ITP déclaré ds KALIWEB Hémovigilance ou l'envoyer par fax au 96079**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: ……Suivi ITP : ☐ oui ☐ non

Date de la dernière transfusion: ……

☐ IAHLA	Dépistage +/- Identification des anticorps anti-HLA *Contexte :* ☑ TRF	[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge) et
☐ ITGAB	Typage HLA classe I (si jamais réalisé auparavant) à l'initiative du biologiste	+ 1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
☐ IACPL	Allo-anticorps anti-plaquettes (contexte ☑ ITP)	[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE / THROMBOPENIE NEONATALE

examen des caractéristiques génétiques :
Joindre l'attestation de consultation et le consentement éclairé signés

Documents disponibles dans le catalogue des examens

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: ……

☐ Mère : Nom de l'enfant : ……

☐ ITYPL	Génotypage HPA plaquettaire	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)
☐ IACPL	Allo-anticorps anti-plaquettes (contexte IFM)	+ 2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

☐ Père : Nom de l'enfant : ……

☐ ITYPL	Génotypage HPA plaquettaire	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

☐ Enfant (si possible) : Nom de la mère : ……

☐ ITYPL	Génotypage HPA plaquettaire	[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)] $

$ Pour les prélèvements pédiatriques, prélèvement sur microméthode EDTA (bouchon violet) possible - volume minimal de 0,5 ml

Les examens avec ⏱ sont réalisables 24h/24 *URGENCES : cocher la case* ☐ **URGENT**