

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 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 :	Réservé au laboratoire : <i>Réception / horodatage :</i> 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"/> <i>Préciser impérativement le motif de l'urgence :</i> Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> par FAX N° <input type="checkbox"/> par voie électronique	Prélèvement Date de prélèvement : ___ / ___ / _____ Heure : ___ H <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><i>Préleveur</i></td> <td style="width: 20%;"><i>Signature</i></td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> </tr> <tr> <td>Qualité :</td> </tr> <tr> <td>N° identifiant professionnel :</td> </tr> </table>	<i>Préleveur</i>	<i>Signature</i>	Nom :		Prénom :	Qualité :	N° identifiant professionnel :
<i>Préleveur</i>	<i>Signature</i>							
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	<input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> Typage donneur registre <input type="checkbox"/> Typage donneur familial	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination Pour NOM/Prénom : Lien de parenté :	
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> Typage patient pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i> <input type="checkbox"/> Typage donneur Greffe Donneur Vivant <input type="checkbox"/> Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif / contacter le laboratoire</i>	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination Pour NOM/Prénom : Lien avec le receveur :	
TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire <i>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</i> <input type="checkbox"/> Typage patient pour suspicion de TRALI		
HLA et MALADIES <i>Remplir et joindre impérativement l'attestation de consultation et consentement (EFS Nouvelle-Aquitaine - Bienvenue sur notre Manuel de prélèvement (manuelprelevement.fr))</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 7 ml ou sérum décanté à partir des mêmes prélèvements. Autre cas = 1 tube gélosé sec 7 ml .

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 pré-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche pour inscription en urgence sur la liste de greffe thoracique <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>		
TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Pré-transfusionnel <input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire <i>si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</i> <input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie		
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Pré-greffe <input type="checkbox"/> Recherche de DSA (Suivi traitement ...) <i>si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</i>		

CROSS-MATCH / 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 :
CROSS-MATCH par LCT PRE-TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO <u>URGENT : Compléter le champ «Urgence» / contacter le laboratoire</u>	Donneur CODE CRISTAL : (OBLIGATOIRE)	Receveur : 2 tubes gélosés secs 7 ml Donneur : 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 : ___ / ___ / ____	Receveur : 1 tube gélosé sec de 7ml Donneur : 6 tubes ACD
AUTO-ANTICORPS	<input type="checkbox"/> Auto cross-match pré-transplantation avec donneur vivant <input type="checkbox"/> autre	Receveur : 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 : ___ / ___ / ____	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	
Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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:	Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)
<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 :