

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"/> 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
	<input type="checkbox"/> Typage donneur familial	Pour NOM/Prénom Receveur :
		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 ou 1 tube sec de 6 mL*</p>	<p><input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Compléter le champ « Urgence » <input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie</p>
<p>TYPAGE HLA 1 tube EDTA de 6 mL*</p>	<p><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</p>

CROSSMATCH / Auto CROSSMATCH		Echantillons biologiques *
<p>TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO 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 Donneur : échantillon ganglionnaire et splénique</p>
<p>TRANSPLANTATION RÉNALE AVEC DONNEUR VIVANT Identité receveur : Lien donneur/receveur : 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 + 4 à 6 tubes ACD (30 mL minimum) Donneur : 6 à 8 tubes ACD (50 mL minimum)</p>
<p>AUTO-CROSSMATCH</p>	<p><input type="checkbox"/> Auto-crossmatch (LCT)</p>	<p>Receveur : 1 tube sec 6 mL 2 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 : <input type="checkbox"/> Ou Donneur NOM/Prénom ou N°: Lien avec le receveur : 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>

**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'examens :
- 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

CRITERES DE NON CONFORMITE ENTRAINANT UN REFUS DE LA DEMANDE

Non-conformité concernant	Cause de la non-conformité
Identification du patient (bon d'examens et/ou échantillon)	Absence d'identification
	Identification incomplète
	Discordance entre bon de demande et/ou échantillons et/ou documents joints
	Double étiquetage
	Identification illisible
Bon de demande d'examens	Absence de bon de demande
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur échantillon
	Bon de demande souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Absence de consentement à la réalisation des analyses des caractéristiques génétiques dans le cadre de la recherche d'association HLA et maladie → Régularisation possible dans les 10 jours
	Absence d'échantillon
Echantillon biologique	Echantillon biologique ou tube non adaptés
	Quantité insuffisante
	Sérum ou plasma décanté
	Echantillon cassé, souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Après centrifugation : échantillon coagulé, lactescent
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur la demande d'examen
	Arrivée au laboratoire hors délai

CRITERES DE NON CONFORMITE POUVANT IMPOSER UNE REFORMULATION DE LA DEMANDE ET UN RETARD A LA REALISATION DES EXAMENS

Cause de la non-conformité
Absence d'identification du préleveur
Absence d'identification du prescripteur
Absence du service prescripteur
Absence de la nature des examens à réaliser
Absence de renseignements cliniques pertinents
Absence d'heure de prélèvement