

DEMANDE d'EXAMEN – Laboratoire d'immunogénétique HLA – EFS CPL sites d'ANGERS et NANTES

Site d'Angers : ☎ 02 41 72 44 26 📠 02 41 72 39 43 Site de Nantes ☎ 02 40 12 33 21 (Anticorps) 02 40 12 33 22 (Typages) 📠 02 40 12 34 79
 16 Bd Mirault - BP 30310 - 49103 ANGERS cedex 2 34 Bd Jean Monnet - BP 91115 - 44011 NANTES cedex 1

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : <http://efs-pl.manuelprelevement.fr/>

Réservé au laboratoire
 Réception / horodatage :

Identité du patient	Prescripteur
(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 : _____ PROTOCOLE à préciser le cas échéant : _____	Nom/Prénom _____ Qualité : _____ Date de prescription : ___/___/_____ (Coller une étiquette ou renseigner) 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 (adresse MSSANTE) : _____	Prélèvement Date de prélèvement : ___/___/_____ Heure : ___ H Préleveur : Nom/prénom : _____ Qualité : _____ N° identifiant professionnel : _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; text-align: center; margin-top: 5px;">Signature</div>

TRANSPLANTATION D'ORGANE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :

ETAT DE LA GREFFE : <input type="checkbox"/> Suspicion de rejet <input type="checkbox"/> Inobservance au traitement <input type="checkbox"/> Arrêt/ <input type="checkbox"/> Baisse immunosuppression Date : <input type="checkbox"/> Transplantectomie <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> Retour dialyse : <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6	EVENEMENTS IMMUNISANTS : <input type="checkbox"/> Transfusion : <input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J14 <input type="checkbox"/> J21 <input type="checkbox"/> J30 <input type="checkbox"/> J60 <input type="checkbox"/> J90 <input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel à partir du 3e mois) préciser : <input type="checkbox"/> Post accouchement M1 M3 M6	TRAITEMENTS : <input type="checkbox"/> IgIV <input type="checkbox"/> SAL/ATG <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques Prélèvement réalisé : <input type="checkbox"/> pré / <input type="checkbox"/> post Echange N° ____
--	---	---

ANTICORPS ANTI HLA  ou 1 tube sec de 6 ml	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Suivi PRE-transplantation <input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Suivi POST-transplantation (Recherche de DSA) <div style="text-align: right; font-size: small;">(DEP ou HDCL1/HDCL2) (GDEP ou GHD1/GHD2)</div>
TYPAGE HLA  1 tube EDTA de 6 ml	<input type="checkbox"/> Typage patient Si URGENT : Cocher « Urgence » <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination (OS1R) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination (OS2R) <input type="checkbox"/> Typage donneur Pour : NOM/Prénom/DN : _____ Greffe Donneur Vivant Lien avec le receveur : _____ <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination (OS1F) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination (OS2F) Prélèvement Multi-Organes (PMO) Utiliser impérativement le Bon n°1 Demande de typage en vue de don d'organe

GREFFE DE CSH

RENSEIGNEMENTS : <input type="checkbox"/> Leucopénie <1G/L <input type="checkbox"/> Présence de Blastes circulants : valeur en : %	
ANTICORPS ANTI HLA  ou 1 tube sec de 6 ml	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Pré-greffe <input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Suivi de greffe <div style="text-align: right; font-size: small;">(DEPCSH ou HDCL1/HDCL2)</div>
TYPAGE HLA  1 tube EDTA de 6 ml	<input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination (CSH1R) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination (ICSHR) Pour : NOM/Prénom/DN : _____ <input type="checkbox"/> Typage donneur familial Lien de parenté : _____ <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination (CSH1F) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination (ICSHF ou HAPLO)

HLA ET MALADIES

TYPAGE HLA Remplir et joindre impérativement l'attestation de consultation et consentement disponible sur le manuel de prélèvement en ligne  1 tube EDTA de 6 ml	Préciser la pathologie suspectée si non disponible ci-dessous : <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A*29 (rétinopathie de Birdshot) (MALA29)</td> <td><input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/DQB1*) (MALCOE)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*27 (spondylarthrite ankylosante) (MALB27)</td> <td><input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) (MALDIA)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*27 (uvéïte) (MALUV)</td> <td><input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06:02) (MALNAR)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant Abacavir (MALB57)</td> <td><input type="checkbox"/> Mélanome/Lymphome cutané (IAB/IABC +MAI1)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*51 (maladie de Behcet) (MALB51)</td> <td><input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> ABC</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s): _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> HLA-A*29 (rétinopathie de Birdshot) (MALA29)	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/DQB1*) (MALCOE)	<input type="checkbox"/> HLA-B*27 (spondylarthrite ankylosante) (MALB27)	<input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) (MALDIA)	<input type="checkbox"/> HLA-B*27 (uvéïte) (MALUV)	<input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06:02) (MALNAR)	<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant Abacavir (MALB57)	<input type="checkbox"/> Mélanome/Lymphome cutané (IAB/IABC +MAI1)	<input type="checkbox"/> HLA-B*51 (maladie de Behcet) (MALB51)	<input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> ABC		<input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s): _____
<input type="checkbox"/> HLA-A*29 (rétinopathie de Birdshot) (MALA29)	<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/DQB1*) (MALCOE)												
<input type="checkbox"/> HLA-B*27 (spondylarthrite ankylosante) (MALB27)	<input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) (MALDIA)												
<input type="checkbox"/> HLA-B*27 (uvéïte) (MALUV)	<input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06:02) (MALNAR)												
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant Abacavir (MALB57)	<input type="checkbox"/> Mélanome/Lymphome cutané (IAB/IABC +MAI1)												
<input type="checkbox"/> HLA-B*51 (maladie de Behcet) (MALB51)	<input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> ABC												
	<input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s): _____												

TRANSFUSION	
ANTICORPS ANTI HLA  1 tube sec de 6 ml	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Inefficacité transfusionnelle plaquettaire (DEPTA ou HDCL1) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Frissons / Hyperthermie (DEPTA) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-HLA - Suspicion de TRALI (bon spécifique à compléter Cf. manuel en ligne)
TYPAGE HLA  1 tube EDTA de 6 ml	<input type="checkbox"/> Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire si URGENT : Cocher « Urgence » (SSPURG) (ITRANS+IAB) <input type="checkbox"/> Typage patient pour suspicion de TRALI (Prélèvements : Cf. manuel en ligne) (RARENG)

CROSSMATCH / Auto Anticorps		Echantillons biologiques *
<input type="checkbox"/> CROSS-MATCH VIRTUEL	Attestation de vérification de l'absence d'événement immunisant au cours des 6 derniers mois :	Signature du prescripteur
	Donneur CODE CRISTAL : _____ Ou Donneur NOM/Prénom ou N°: _____ Lien avec le receveur : _____ Date prévisionnelle de greffe : ___/___/____	
<input type="checkbox"/> CROSS-MATCH PRE-GREFFE AVEC DONNEUR PMO URGENT : Cocher «Urgence» et contacter le laboratoire	Donneur CODE CRISTAL : _____	1 tube sec 6ml du receveur 
	Les prélèvements du Donneur doivent impérativement être accompagnés du Bon n°2 -Demande de Cross-match pré greffe d'organe	
<input type="checkbox"/> CROSS-MATCH PRE-GREFFE : <input type="checkbox"/> Greffe rénale avec DONNEUR VIVANT <input type="checkbox"/> Greffe de CSH	Identité receveur : _____ Lien avec le receveur : _____ Date prévisionnelle de greffe : ___/___/____	8 tubes ACD du donneur (50ml minimum) 
	<input type="checkbox"/> CROSS-MATCH POST-GREFFE	Donneur CODE CRISTAL : _____ Contexte : _____
<input type="checkbox"/> AUTO-ANTICORPS		

BIOTHEQUES		Echantillons biologiques* :
<input type="checkbox"/> SEROTHEQUE (SEROTQ)	Contexte :	1 tube sec 6 ml 
<input type="checkbox"/> DNATHEQUE (BEXTRA)	Contexte :	1 tube EDTA 6 ml 

Réservé EFS :	<input type="checkbox"/> Typage DVMO (DMO1)	<input type="checkbox"/> Typage Donneur Cyta (ABCYTA)
----------------------	---	---

*Les échantillons à prélever sont donnés à titre indicatif. Pour plus de précisions consulter le manuel de prélèvement du Laboratoire :

<http://efs-pl.manuelprelevement.fr/>

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'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