

Recherche d'anticorps anti HLA et phénotypage lors d'une suspicion de TRALI

Envoyer au laboratoire HLA de l'EFS Pays de Loire, site de Nantes :
 - 1 tube sec de 7mL et 1 tube EDTA de 7mL pour les examens HLA et 1
 tube sec de 7mL et 1 tube EDTA de 7 mL pour les examens sur les
 polynucléaires

**- formulaire d'anticorps anti-HLA + formulaire d'anticorps anti-
 polynucléaires**

Adresse : 34 bd Jean Monnet, 44000 Nantes

Tél laboratoire : 02.40.12.33.21 **Fax :** 02.40.12.34.79

Tél. biologistes HLA : A. CESBRON-GAUTIER : 02.40.12.33.23, A. DEVYS : 02.40.12.33.42,

S.MALARD : 02.40.12.32.78

Il est absolument nécessaire pour le laboratoire d'établir le lien entre le N° donneur(s) et le receveur en préservant l'anonymat du donneur.

RECEVEUR

Nom ou N° individu (Labo serveur) :

Prénom :

Date de naissance :

➤ **Description de l'incident post-transfusionnel :**

Détresse respiratoire : oui non

Image de "poumons blancs" à la radio : oui non

Autres :

➤ **Type de produit transfusé :**

CP PFC CGR Autres :

Données obligatoires

Identité du Correspondant Hémovigilance de l'EFS :

Nom de l'Etablissement de Soins :

Date et heure de prélèvement :

Nom et qualité du préleveur :

Nature du prélèvement :

Tél et/ou mail :

DONNEUR

Données obligatoires

N° donneur (CTS Serveur) :

Identité du Correspondant Hémovigilance de l'EFS :

Signature

Site du Correspondant Hémovigilance de l'EFS :

.....

Tél et/ou mail :

○ *A compléter par le médecin de prélèvement :*

N° Don (contrôle) :

Date et heure de prélèvement :

Nom et qualité du préleveur :

Recherche d'anticorps anti HLA et phénotypage lors d'une suspicion de TRALI**Nature du prélèvement :**
.....**Sexe :** F M **Si F, grossesse(s) ? :** oui non**Nombre de donneurs incriminés dans la suspicion TRALI du receveur :**