



## Bon n°1\_Demande de typage HLA en vue de don d'organe\_Sites d'Angers et Nantes

LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITE		
	Site d'Angers :	Site de Nantes :
Lundi au vendredi (heures ouvrables)	☎ 02 41 72 44 26 ou 44 44 – 📠 02 41 72 39 43	☎ 02 40 12 33 21 ou 33 22 – 📠 02 40 12 34 79
Hors heures ouvrables, weekend, jours fériés	☎ 02 41 72 44 39 – 📠 02 41 48 78 73	☎ 02 40 12 33 05 – 📠 02 40 12 33 44

**BON N° 1*****Demande de Typage HLA en vue de Dons d'Organes******A remplir et à joindre impérativement au prélèvement*****ANGERS** : A TRANSMETTRE AU LABORATOIRE D'URGENCE de l'EFS**Transmission urgente**: **OUI**  ⇒ Nécessité de transmettre à Nantes en période d'astreinte**NON**  ⇒ Les examens seront réalisés pendant les heures ouvrables du laboratoire.*(Dans ce cas conserver les prélèvements à température ambiante et prévenir le laboratoire dès son ouverture)***NANTES** : A TRANSMETTRE PAR FLUIDELEC Code 3355 ou 3353**Transmission urgente** : En dehors des heures ouvrables >> Nécessité d'appeler la personne d'astreinte**Identité :** *coller une étiquette ou renseigner :*

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

NOM d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sexe : M  F **Prélèvement :**

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**Préleveur :**

Nom/prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

**Nature :** sang périphérique = 2 tubes sur ACD ou 2 tube EDTA *(quantité minimum 12ml)***renseignements complémentaires :**Type donneur :  CB  DDAC

Remarques :

**Prescripteur :**

Nom/prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service/Unité fonctionnelle : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

**RESULTATS A TRANSMETTRE :**

Destinataire : \_\_\_\_\_

Par Fax\* au \_\_\_\_\_ ou au \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

**\* Les numéros de FAX doivent être répertoriés comme « sécurisés » pour la transmission des résultats.****Réservé au labo IHE/DEL :**

Remarques :

**Réservé au labo HLA**

Réception, horodatage :

Remarques :