

## DEMANDE D'EXAMENS DU LABORATOIRE IMMUNOGENETIQUE HLA

RAA/LAB/HLA/FO/081 - Version 9



<input type="checkbox"/> Labo de ST ETIENNE	<input type="checkbox"/> Labo de LYON	<input type="checkbox"/> Labo de GRENOBLE
Tel 04 77 81 83 53	Décines Tel 04 78 65 62 77	Tel 04 76 42 94 30
Fax 04 77 81 43 74	Décines Fax 04 78 65 62 65	Fax 04 76 42 94 49
	Pavillon P Tel 04 72 11 02 39	
	Fax 04 72 11 75 03	

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : <a href="https://efs-aura.manuelprelevement.fr">https://efs-aura.manuelprelevement.fr</a>	Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :
<b>Identité du patient</b>	<b>Prescripteur</b>
Nom de naissance : .....	Nom/Prénom du prescripteur : ...../.....
Nom marital ou d'usage : .....	Date de prescription : ___ / ___ / ____
Prénom : .....	Etablissement ou LBM : .....
Date de naissance : ___ / ___ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	Service ou adresse : .....
N° identifiant unique : .....	Code service (UF/UA/UH) : .....
	Téléphone : .....
<b>Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/></b>	<b>Prélèvement</b>
<b>Préciser impérativement le motif de l'urgence</b> ..... ..... .....	Date de prélèvement : ___ / ___ / ____ Heure : ___ H ___
Résultats à communiquer :  <input type="checkbox"/> par FAX N° ..... <input type="checkbox"/> par voie électronique	Préleveur : ..... Signature : .....
	Nom : ..... Prénom : .....

<b>TYPAGE HLA</b>	<b>Echantillons biologiques : 1 tube EDTA</b>	
<b>GREFFE DE CSH</b>	<input type="checkbox"/> Typage patient	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination
	<input type="checkbox"/> Typage donneur familial	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination <b>Pour le RECEVEUR :</b> NOM/Prénom : ..... <b>Lien avec le donneur :</b> .....
<b>TRANSPLANTATION D'ORGANE</b>	<input type="checkbox"/> Typage patient	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination
	<input type="checkbox"/> Typage patient pour inscription sur la liste de greffe thoracique	<b>si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</b>
	<input type="checkbox"/> Typage donneur Greffe Donneur Vivant	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination <b>Pour le RECEVEUR :</b> NOM/Prénom : ..... <b>Lien avec le donneur :</b> .....
	<input type="checkbox"/> Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) <input type="checkbox"/> Donneur M3	ajouter le numéro Cristal du donneur au niveau de l'identifiant unique / identité du patient
<b>STOCKAGE</b>	<input type="checkbox"/> Conservation ADN 2 tubes EDTA	<input type="checkbox"/> Congélation cellules 4 tubes ACD
<b>TRANSFUSION</b>	<input type="checkbox"/> Typage patient pour inefficacité transfusionnelle plaquettaire	<b>si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</b>
	<input type="checkbox"/> Typage patient pour suspicion de TRALI	
<b>HLA et MALADIES</b> Remplir et joindre impérativement l'attestation de consultation et consentement	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS : Préciser la pathologie suspectée : .....</b>	
	<input type="checkbox"/> HLA-A29 (rétinopathie de Birdshot)	<input type="checkbox"/> HLA-DQA1*/HLA-DQB1* (Maladie cœliaque)
	<input type="checkbox"/> HLA-B27 ( <input type="checkbox"/> uvéite, <input type="checkbox"/> spondylarthropathie)	<input type="checkbox"/> HLA-DRB1*, DQB1* (Diabète)
	<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir	<input type="checkbox"/> HLA-DQB1*06:02 (Narcolepsie)
	<input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet)	<input type="checkbox"/> HLA-DRB1*, DQB1* (Polyarthrite rhumatoïde)
	<input type="checkbox"/> HLA-A*02:01 (avant immunothérapie)	<input type="checkbox"/> HLA-C*06 (pathologie rhumatismale)
<input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> Génotypage KIR	<input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s) : .....	
	<b>Préciser la pathologie suspectée : .....</b>	

## DEMANDE D'EXAMENS DU LABORATOIRE IMMUNOGENETIQUE HLA

RAA/LAB/HLA/FO/081 - Version 9

ANTICORPS ANTI-HLA		Echantillons biologiques : 1 tube sec 7 ml avec ou sans gel
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	<input type="checkbox"/> Transfusion Date : .....	<input type="checkbox"/> J30
	<input type="checkbox"/> Retour dialyse	<input type="checkbox"/> Transplantectomie Date ..... <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M6
	<input type="checkbox"/> Arrêt immunosuppression	<input type="checkbox"/> Grossesse préciser date de l'accouchement : .....
	<input type="checkbox"/> Ttt IgIV <input type="checkbox"/> Ttt SAL/ATG <input type="checkbox"/> Ttt Rituximab <input checked="" type="checkbox"/> Ttt Daratumumab <input type="checkbox"/> Hypergammaglobulinémie <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques <input type="checkbox"/> Autre : .....	
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Suivi PRE-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche pour inscription sur la liste de greffe thoracique <b>URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</b> <input type="checkbox"/> Suivi POST-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche de DSA (suspicion de rejet, suivi traitement ...) <b>si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</b> <input type="checkbox"/> Recherche de DSA fixant le complément (C3d)	
TRANSFUSION	<input type="checkbox"/> Prétransfusionnel <input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire <b>si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</b> <input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie / EIR	
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Pré-greffe <input type="checkbox"/> Recherche de DSA (Suivi traitement ...) <b>si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</b>	

CROSSMATCH / Auto Anticorps		Echantillons biologiques nécessaires :
CROSSMATCH PRE-TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO	Donneur CODE CRISTAL : .....	1 tube sec 7 ml du receveur + ganglions / rate du donneur
<b>URGENT : Compléter le champ « Urgence » / contacter le laboratoire</b>		
CROSSMATCH PRE-TRANSPLANTATION : Greffe rénale avec DONNEUR VIVANT	Donneur NOM/Prénom ou N°: ..... Lien avec le receveur : ..... Date prévisionnelle de greffe : ___/___/____	6 tubes ACD du donneur 1 tube EDTA 6 ml
AUTO-ANTICORPS	<input type="checkbox"/> Auto-crossmatch pré-transplantation avec donneur vivant	1 tube sec 7 ml du receveur 4 tubes ACD du receveur
CROSSMATCH POST-TRANSPLANTATION	Donneur CODE CRISTAL : ..... Contexte : .....	1 tube sec 7 ml du receveur
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		Echantillons biologiques nécessaires : 2 tubes EDTA 5 ml du receveur Si séparation cellulaire : ajouter 2 tubes EDTA 5 ml par population cellulaire étudiée
STOCKAGE ADN PRE-GREFFE	<input type="checkbox"/> Receveur <input type="checkbox"/> Donneur familial (nom et lien avec le receveur) : .....	
CHIMERISME POST-GREFFE	Diagnostic hématologique : ..... Suivi à une date prévue dans le protocole : <input type="checkbox"/> OUI ..... <input type="checkbox"/> NON Si non, justificatif clinique : <input type="checkbox"/> rechute ..... <input type="checkbox"/> GVHD <input type="checkbox"/> Contrôle d'un bilan anormal ..... Date de greffe : ___/___/____ Echantillon biologique : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Moelle Préciser si étude de sous populations : <input type="checkbox"/> CD3 <input type="checkbox"/> CD33 <input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> CD34 <input type="checkbox"/> autre : ..... <b>Si URGENT : Compléter le champ « Urgence »</b>	