

**IDENTITE DU PATIENT** (étiquette)

 Nom de naissance : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Prénoms : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : F M  
 IEP : ..... IPP : .....

DATE DE PRELEVEMENT : ../.../....

HEURE DE PRELEVEMENT : .....H.....

PRESCRIPTEUR : .....

PRELEVEUR : .....

**URGENT** (préciser au dépôt)

**SITE DE PRELEVEMENT**

 PZQ  
 Louis Domergue  
 Mangot Vulcin  
 Clarac  
 Autres :

**SERVICE DEMANDEUR**

N° UF : .....

Tél : .....

**Réservé laboratoire**
**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**
**TYPAGES HLA**

(conservation et transport T° ambiante; délai &lt;48h)

**TYPAGE HLA - ASSOCIATION HLA ET MALADIE ET HYPERSENSIBILITE MEDICAMENTEUSE**

2 tubes EDTA 5 ml ● ●

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE CONSENTEMENT ECLAIRE SIGNE DU PATIENT**

Classe 1		Classe 2	
<input type="checkbox"/> B*57:01	Hypersensibilité à l'abacavir	<input type="checkbox"/> DR	Polyarthrite rhumatoïde
<input type="checkbox"/> B27	<input type="checkbox"/> Spondylo-arthrites <input type="checkbox"/> Uvéite	<input type="checkbox"/> DR	Pathologies neurologiques (NMO, SEP)
<input type="checkbox"/> B51	Maladie de Behçet	<input type="checkbox"/> DQB1*06:02	Narcolepsie
<input type="checkbox"/> A29	Choriorétinopathie de Birdshot	<input type="checkbox"/> DQ	Madadie coeliaque
<input type="checkbox"/> AUTRE :		<input type="checkbox"/> DR/DQ	Diabète de type 1

**TYPAGE HLA - TRANSPLANTATION D'ORGANE**

2 tubes EDTA 5 ml ● ●

<input type="checkbox"/> Typage HLA du receveur	<input type="checkbox"/> 1ère détermination	<input type="checkbox"/> 2ème détermination	<input type="checkbox"/> ORGANE :
<input type="checkbox"/> Centre de greffe (OBLIGATOIRE) :			
<input type="checkbox"/> Typage HLA donneur vivant	<input type="checkbox"/> 1ère détermination	<input type="checkbox"/> 2ème détermination	
<u>POUR :</u>	<input type="checkbox"/> NOM Prénom:	<input type="checkbox"/> DDN:	
	<input type="checkbox"/> Lien de parenté:		
<input type="checkbox"/> Prélèvement Multiple d'Organes (=PMO)			

**TYPAGE HLA - GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES (CSH) / FAMILLE DE GREFFE**

2 tubes EDTA 5 ml ● ●

<input type="checkbox"/> Typage HLA du receveur	<input type="checkbox"/> 1ère détermination	<input type="checkbox"/> 2ème détermination	
<input type="checkbox"/> Centre de greffe (OBLIGATOIRE) :			
<input type="checkbox"/> Typage HLA donneur vivant	<input type="checkbox"/> 1ère détermination	<input type="checkbox"/> 2ème détermination	
<u>POUR :</u>	<input type="checkbox"/> NOM Prénom:	<input type="checkbox"/> DDN:	
	<input type="checkbox"/> Lien de parenté:		

**TYPAGE HLA - TRANSFUSION**

2 tubes EDTA 5 ml ● ●

<input type="checkbox"/> Typage HLA			
<input type="checkbox"/> Renseignements cliniques (obligatoire) : .....			

**IDENTITE DU PATIENT** (étiquette)

 Nom de naissance : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Prénoms : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : F M  
 IEP : ..... IPP : .....

**DATE DE PRELEVEMENT** : ...../...../.....

**HEURE DE PRELEVEMENT** : .....H.....

**PRESCRIPTEUR** : .....

**PRELEVEUR** : .....

**URGENT** (préciser au dépôt)

**SITE DE PRELEVEMENT**

 PZQ  
 Louis Domergue  
 Mangot Vulcin  
 Clarac  
 Autres :

**SERVICE DEMANDEUR**

N° UF : .....

Tél : .....

**Réservé laboratoire**
**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**
**ANTICORPS ANTI-HLA**

(conservation et transport T° ambiante; délai &lt;48h)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traitements ou pathologies pouvant interférer : | <input type="checkbox"/> Immunoglobulines IV  | <input type="checkbox"/> Rituximab          | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| <input type="checkbox"/> Événement immunisant :                          | <input type="checkbox"/> Transfusion → Date : | <input type="checkbox"/> Grossesse → Date : |  |

**ANTICORPS - TRANSPLANTATION D'ORGANE** 2 tubes secs gélosés ● ●

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bilan pré-inscription (Non inscrit sur liste d'attente de greffe)                     |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Suivi pré-greffe systématique tous les 3 mois (Inscrit sur liste d'attente de greffe) |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Centre de greffe (OBLIGATOIRE) :  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Suivi post-greffe systématique  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Centre de greffe (OBLIGATOIRE) :  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Bilan annuel  | <input type="checkbox"/> Suivi DSA connu | <input type="checkbox"/> Suspicion de rejet                     | <input type="checkbox"/> Traitement rejet humoral |
| <input type="checkbox"/> Suivi après retour en dialyse → Date :  |  | <input type="checkbox"/> Suivi après transplantectomie → Date : |   |

**RESERVE LABORATOIRE**

- |   |                                  |                                       |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centre de greffe métropole : | <input type="checkbox"/> N°EFG : | <input type="checkbox"/> N°Sérothèque |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|

**ANTICORPS - GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES (CSH) / FAMILLE DE GREFFE**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA | 2 tubes secs gélosés ● ● |
|---|--------------------------|

**ANTICORPS - TRANSFUSION** 1 tube sec gélosé ● ●

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Donneuse de plaquettes                               |  |
| <input type="checkbox"/> Autres ( incident transfusionnel, TRALI... ) : ..... |  |

**CROSS-MATCH (conservation et transport T° ambiante; délai : immédiat)**

LE LABORATOIRE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE AVERTI DU PRELEVEMENT (sous-traité)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTO CROSS-MATCH : Cellules du receveur : 4 tubes ACD en verre ● ● + 2 tubes secs ( ● ● OU ● ● ) |  |
| <input type="checkbox"/> CROSS-MATCH AVEC DONNEUR VIVANT : Cellules du donneur : 4 tubes ACD en verre ● ●                 |  |
| + Sérum du receveur : 2 tubes secs ( ● ● OU ● ● )   |  |