



DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNOGENETIQUE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

N° ENTRÉE _____ NIP _____ N° ordonnance _____

NOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE

J	M	A
---	---	---

 SEXE F M

HOSPITALISÉ

Établissement de soins _____

Unité fonctionnelle _____ Tél. _____

AMBULANT (informations complémentaires)

Adresse _____ CP et Commune _____

Demande de tiers payant : joindre photocopie de la carte de Sécurité Sociale + feuille de soins signée par l'assuré(e) + ordonnance.

Date du prélèvement :

J	M	A
---	---	---

Copie du compte-rendu : _____

Nom, prénom, qualité du prescripteur : _____

Nom, prénom, qualité et numéro professionnel du préleveur : _____

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS

Bilan dans le cadre HLA et maladie

Typages génériques

<input type="checkbox"/> HLA-A, B	<input type="checkbox"/> HLA-B	<input type="checkbox"/> HLA-C	<input type="checkbox"/> HLA-B*27	1 tube ACD ou EDTA 6 ml
<input type="checkbox"/> HLA-DRB1, DQB1	<input type="checkbox"/> HLA-DRB1	<input type="checkbox"/> HLA-DQB1		
<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01	<input type="checkbox"/> HLA-DQB1 spécifique			

Un consentement et une attestation de consultation sont obligatoires (disponibles sur le site www.efs-sante.fr)

Bilan dans le cadre de la greffe d'organes

Rein Foie Coeur Poumon Ilot

Selon protocole

<input type="checkbox"/> Typages selon protocole	1 tube ACD ou EDTA 6 ml
<input type="checkbox"/> Autres typages	1 tube ACD ou EDTA 6 ml
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA (une sérothèque est constituée)	1 tube sec 6 ml
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-MICA	1 tube sec 6 ml
<input type="checkbox"/> DNAtèque	1 tube ACD ou EDTA 6 ml

En cas d'appel de greffe

Identité du receveur :	1 tube sec 6 ml
Identité du donneur d'organes : Ganglions ou rate (si donneur vivant : 8 tubes ACD 6 ml)	
<input type="checkbox"/> Typages HLA-A, B, C, DRB1, DQB1 générique	
<input type="checkbox"/> Crossmatch prospectif <input type="checkbox"/> Crossmatch rétrospectif <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Coeur <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Ilot	
<input type="checkbox"/> Auto-crossmatch	6 tubes ACD 6 ml

Technique par lymphocytotoxicité par cytométrie en flux (Greffe à donneur vivant uniquement)

Bilan dans le cadre de la greffe de moelle osseuse

Greffe intrafamiliale Inscription Registre

Selon protocole

<input type="checkbox"/> Typages selon protocole	1 tube ACD 6 ml
<input type="checkbox"/> Congélation de cellules	6 tubes ACD 6 ml
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA et HPA (une sérothèque est constituée)	2 tubes sec 6 ml

Bilan dans le cadre de l'immunologie plaquettaire (joindre un résultat de numération plaquettaire)

<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettaires (préciser s'il s'agit d'un suivi de grossesse ou d'une suspicion d'incompatibilité foeto-maternelle)	3 tubes EDTA 6 ml
<input type="checkbox"/> Recherche d'auto-anticorps fixés sur les plaquettes	5 tubes EDTA 6 ml
<input type="checkbox"/> Typage plaquettaire (HPA)	1 tube EDTA 6 ml

Bilan dans le cadre d'un incident transfusionnel

Recherche d'anticorps anti-HLA 1 tube sec 6 ml

Le manuel de prélèvement et le formulaire de consentement sont disponibles sur le site www.efs-sante.fr

Type d'échantillons primaire (si pertinent) : _____

Informations cliniques pertinentes : _____

Urgence : cocher ici Préciser impérativement le motif de l'urgence : _____

Résultats à communiquer : par FAX N° _____ par voie électronique : _____