

**O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E**

Date de prélèvement

--	--	--	--	--	--

Heure de prélèvement

--	--	--	--

Prescripteur
Date :/...../.....
Signature :

Préleveur
Signature :

TYPAGE HLA et GREFFE

BILAN PRE-GREFFE DE MOELLE/CSH

2 tubes EDTA (violet)

1ère détermination

2ème détermination

Typage PATIENT, contexte : Enquête familiale

Inscription sur fichier

Autre :

Si typage donneur familial, préciser identité, DDN du receveur et lien.....

BILAN PRE-TRANSPLANTATION D'ORGANE

4 tubes héparinés sans gel (vert) + 2 tubes EDTA (violet)

coeur

rein

foie

1ère détermination

2ème détermination

typage PATIENT Si typage DONNEUR VIVANT, préciser identité, DDN du receveur

TYPAGE PRELEVEMENTS MUTI-ORGANES(PMO)

10 tubes héparinés sans gel (vert) + 2 tubes EDTA (violet)

TYPAGE HLA et MALADIE **1 tube EDTA (violet)**

REEMPLIR LE CONSENTEMENT AU DOS

Préciser la pathologie suspectée :

A29 (rétinopathie Birdshot)

B27 (spondylarthrite ankylosante)

A29,B27,B51 (uvéïte)

B51 (maladie de Behçet)

B*57:01 (Protocole ABACAVIR)

DR, DQ (diabète)

DQB, DQA (maladie coeliaque)

DQB1*06:02 (narcolepsie)

B27, DR (polyarthrite juvénile)

Autre :

TYPAGE HLA POUR SUIVI DE TRANSFUSION

2 tubes EDTA (violet)

RECHERCHE ANTICORPS ANTI-HLA classe I et II

1 tube sec avec gel (jaune) ou sans gel (rouge)

Suivi de transfusion

Autres :

Pré-transplantation

post-transplantation

CROSS MATCH CYTOMETRIE pré-greffe avec donneur vivant (sur RDV)

CROSS MATCH PMO

Receveur : **1 tube sec (rouge ou jaune) + 10 tubes héparinés sans gel (vert) + 2 tubes EDTA (violet)**

Receveur : **1 tube sec avec gel (jaune) ou sans gel (rouge)**

Donneur : **10 tubes héparinés sans gel (vert) + 2 tubes EDTA (violet)**

NUMERATION CELLULES CD34 : Sang périphérique : **1 tube EDTA (violet)**

Prélèvement cytophèrese : **1 pochon**

Volume de la poche =

Poids du receveur =

**L
A
B
O
R
A
T
O
I
R
E**

RECEPTION DE LA DEMANDE

REVUE DE LA DEMANDE

Demande Conforme : OUI NON (préciser)

Nombre d'échantillons reçus :

Service averti par téléphone ou Fax

Demande régularisée

Dérogation

Demande refusée

Identité concordante sur tous les tubes

reçus : OUI NON

Signature :

Signature ou visa

DATE DE RECEPTION

IDENTITE DU PATIENT

(coller l'étiquette d'identification)

Nom de NAISSANCE :

Prénom :

Nom marital (d'usage) :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

Cadre réservé laboratoire

(Code d'examen)

Etiquette UF

(N°demande)



HLA-V02-09/21



**CONSENTEMENT A LA REALISATION D'EXAMENS
DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES**

Version 1 02/2021

Entité émettrice : POLE BIOLOGIE – HYGIENE HLA

Attestation du prescripteur

Je soussigné(e), Docteur
ou Conseiller en génétique
sous la responsabilité du Docteur

atteste avoir vu en consultation le patient ci-nommé et avoir apporté conformément aux dispositions de l'article R1131-4 et 5 du Code de la Santé Publique, les informations suivantes :

- les caractéristiques de la maladie ou du risque recherché
- les possibilités de prévention et de traitement
- les moyens de détecter la maladie
- le degré de fiabilité des analyses
- le risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription
- les modalités du compte rendu et des délais probables
- les conditions d'information de la parentèle en cas d'anomalie génétique identifiée

Fait à, le

Signature :

et autorise la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques, effectuée par un laboratoire autorisé, qui peut aider au diagnostic ou à la prévention de la (ou des) maladie(s) suivante(s), ou signe(s) clinique(s) suivant(s) :

.....
.....

Son résultat est confidentiel et me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur.

J'autorise le recueil, la saisie, le traitement informatique et la conservation des données médicales liées à cet examen.

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées.

Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen.

OUI NON

J'autorise la conservation éventuelle des échantillons au laboratoire pour compléter l'étude génétique entreprise en fonction d'éventuels progrès scientifiques sur cette maladie, et de la possibilité de m'opposer à cette conservation en le signifiant au médecin à tout moment.

OUI NON

J'accepte que ces résultats soient utilisés par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille s'ils apparaissent médicalement utiles pour eux.

OUI NON

En cas d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription, je souhaite en être informé(e), si en l'état actuel des connaissances, ces résultats peuvent avoir une conséquence pour la santé.

OUI NON

Une fois l'analyse terminée, j'autorise le stockage, la conservation et l'utilisation des prélèvements et des données médicales au laboratoire pour le diagnostic et la recherche. Dans ce cas, l'ensemble des données sera protégé par une anonymisation totale, en conformité avec le RGPD.

OUI NON

Fait à, le

Signature :

Consentement du patient

A la suite de la consultation prévue à l'article L1131-1 du Code de la Santé Publique, je soussigné(e) :

.....

..... né(e) le : ___ / ___ / ___

reconnais avoir reçu les informations sur les examens de génétique proposés :

- pour moi-même
- pour mon fœtus
- pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle (nom, prénom, date de naissance) :
- pour mon apparenté décédé (nom, prénom, date de naissance, lien de parenté) :

.....

..... né(e) le : ___ / ___ / ___