

Demande d'EXAMEN : Laboratoire d'IMMUNOGENETIQUE HLA-HPA - site de TOURS

Site de Tours : ☎ 02 47 36 01 08 📠 02 47 36 01 21

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : <a href="http://efs-pl.manuelprelevement.fr/">http://efs-pl.manuelprelevement.fr/</a>	Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :
<b>Identité du patient</b>	<b>Prescripteur</b>
(Coller une étiquette ou renseigner)	Nom/Prénom du prescripteur : ...../.....
Nom de naissance : .....	Qualité : .....
Nom marital ou d'usage : .....	Date de prescription : ___/___/_____
Prénom : .....	Etablissement ou LBM : .....
Date de naissance : ___/___/_____	Service ou adresse : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	Code service (UF/UA/UH) : .....
N° identifiant unique : .....	Téléphone : .....
	Destinataire des résultats si différent du prescripteur : .....
<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 ___
.....	Préleveur
.....	Nom : .....
Résultats à communiquer :	Prénom : .....
<input type="checkbox"/> par FAX N° .....	Qualité : .....
<input type="checkbox"/> par voie électronique	N° identifiant professionnel : .....
	Signature

\*Les échantillons à prélever sont donnés à titre indicatif. Pour plus de précisions consulter le manuel de prélèvement du Laboratoire

<b>TYPAGE HLA</b>	<b>Echantillons biologiques* :</b> 1 tube EDTA
<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 Pour NOM/Prénom : ..... Lien de parenté : ..... <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination
<b>TRANSPLANTATION D'ORGANE</b>	<input type="checkbox"/> Typage patient <b>Si URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination <input type="checkbox"/> Typage donneur Pour NOM/Prénom : ..... Greffe Donneur Vivant Lien avec le receveur : ..... <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> détermination <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> détermination <input type="checkbox"/> Typage prélèvement Multi-Organes (PMO) <b>URGENT : Cocher ci-dessus/ préciser motif / contacter le laboratoire</b> Echantillons biologiques en plus : 4 tube 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 (Prélèvements : Cf manuel en ligne)
<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"/> Maladie cœliaque (HLA-DQA1*/HLA-DQB1*) <input type="checkbox"/> HLA-B27 (uvéïte, spondylarthrite ankylosante) <input type="checkbox"/> Diabète (HLA-DRB1*, DQB1*) <input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 avant traitement à l'Abacavir <input type="checkbox"/> Narcolepsie (DQB1*06 :02) <input type="checkbox"/> HLA-B51 (maladie de Behcet) <input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s) / antigène(s): .....

\*\* disponible sur le manuel de prélèvement en ligne

<b>ANTICORPS ANTI-HLA</b>	<b>Echantillons biologiques* :</b> 1 tube sec 6 ml
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS</b> Préciser si :	<input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J14 <input type="checkbox"/> J21 <input type="checkbox"/> J30 <input type="checkbox"/> J60 <input type="checkbox"/> J90 <input type="checkbox"/> Retour dialyse <input type="checkbox"/> Transplantectomie <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> Arrêt immunosuppression <input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel à partir 3e mois) préciser : ..... <input type="checkbox"/> Ttt IgIV <input type="checkbox"/> Ttt SAL/ATG <input type="checkbox"/> Ttt Rituximab <input type="checkbox"/> Hypergammaglobulinémie <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques
<b>TRANSPLANTATION D'ORGANE</b>	<input type="checkbox"/> Suivi PRE-transplantation <b>si 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>
<b>TRANSFUSION</b>	<input type="checkbox"/> Prétransfusionnel <input type="checkbox"/> Suspicion de TRALI (Prélèvements : Cf manuel en ligne) <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle plaquettaire <b>si URGENT : Compléter le champ « Urgence»</b> <input type="checkbox"/> Frissons / Hyperthermie
<b>GREFFE DE CSH</b>	<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 *
<b>TRANSPLANTATION AVEC DONNEUR PMO</b> Donneur CODE CRISTAL : .....	<input type="checkbox"/> Crossmatch <b>URGENT : Compléter le champ «Urgence» /contacter le laboratoire</b>	Receveur : 1 tube sec 6ml Donneur : échantillon ganglionnaire et splénique
<b>GREFFE RÉNALE AVEC DONNEUR VIVANT</b> Identité receveur : ..... Lien avec le receveur : ..... Date prévisionnelle de greffe : ___ / ___ / ____	<input type="checkbox"/> Exploration : Crossmatch (LCT + Cytométrie en flux)  <input type="checkbox"/> Jour de greffe : Crossmatch (LCT)	Receveur : 1 tube sec  + 4 à 6 tubes ACD Donneur : 6 à 8 tubes ACD
<b>AUTO-ANTICORPS</b>	<input type="checkbox"/> Auto-crossmatch	1 tube sec 6 ml du receveur 2 tubes ACD du receveur
<b>CROSS-MATCH VIRTUEL</b>	Attestation de vérification de l'absence d'événement immunisant au cours des 3 derniers mois  Donneur CODE CRISTAL : ..... Ou Donneur NOM/Prénom ou N° : ..... Lien avec le receveur : ..... Date prévisionnelle de greffe : ___ / ___ / ____	Signature du prescripteur

BIOTHEQUES		Echantillons biologiques* :
SEROTHEQUE	<input type="checkbox"/> Contexte :	1 tube sec 6 ml
DNATHEQUE	<input type="checkbox"/> Contexte :	1 tube EDTA
CELLULOTHÈQUE	<input type="checkbox"/> Contexte :	5 tubes ACD

IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE		Echantillons biologiques *
<b>EXPLORATION D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE/ THROMBOPENIE NEONATALE</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :</b> Numération. plaquettaire de l'enfant : .....G/L Contexte : <input type="checkbox"/> Fausse-couche <input type="checkbox"/> Mort in-utero <input type="checkbox"/> Hémorragie intracrânienne <input type="checkbox"/> Thrombopénie néonatale Nom de l'enfant : ..... Nom de la mère : ..... Nom du père : ..... Enfant : <input type="checkbox"/> Typage HPA Mère : <input type="checkbox"/> Recherche d'Auto-Ac fixés et sériques, d'allo-Ac anti-HPA + Typage HPA Père : <input type="checkbox"/> Cross-match plaquettaire + Typage HPA	1 tube EDTA 6 tubes EDTA + 1 tube sec 6 tubes EDTA  + 1 tube sec <b>Si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</b>
<b>THROMBOPENIE ISOLEE, SUSPICION DE PURPURA THROMBOPENIQUE IMMUN</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :</b> Numération. plaquettaire du patient : .....G/L Contexte : <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune connue <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Suspicion PTI <input type="checkbox"/> Transfusion de plaquettes récente (< 3 semaines) Date : ___ / ___ / ____ *ATTENTION : La recherche d'anticorps fixés ne peut pas être réalisée en cas de transfusion de plaquettes < 5 jours. Seule la recherche d'anticorps sériques est possible (1x7mL tube sec). <input type="checkbox"/> Recherche d'Auto-Ac anti glycoprotéines plaquettaires, fixés* et sériques	6 tubes EDTA  + 1 tube sec <b>Si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</b>
<b>INCIDENT TRANSFUSIONNEL, ETAT REFRACTAIRE PLAQUETTAIRE</b>	Numération. plaquettaire du patient : .....G/L Date dernière transfusion : ___ / ___ / ____ <input type="checkbox"/> Recherche d'allo-Ac anti-HPA (+ Typage HPA si POSITIF )	1 tube sec <b>Si URGENT : Compléter le champ «Urgence»</b>
<b>THROMBOPATHIE (maladie de Glanzmann, maladie de Bernard Soulier, autres ...)</b>	Numération. plaquettaire du patient : .....G/L Date dernière transfusion : ___ / ___ / ____ <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettaires circulants	1 tube sec
<b>BILAN PRE-TRANSPLANTATION HEPATIQUE</b>	Numération. plaquettaire du patient : .....G/L Date dernière transfusion : ___ / ___ / ____ <input type="checkbox"/> Recherche d'Auto-Ac, fixés* et sériques, et Allo anti-HPA (+ Typage HPA si POSITIF)	6 tubes EDTA  + 1 tube sec

**RESERVE AU LABORATOIRE HLA**

- Ajout(s) d'examen en accord avec le service (préciser l'examen) :
- Suppression(s) d'examen en accord avec le service (préciser l'examen) :
- Correction(s) apportée(s) à la demande d'examens :
- Identification Service/ES       Date/Heure de Prélèvement
- Identité Prescripteur       Autre(s) : .....
- Identité Préleveur

Date, heure	Remarque ou Contenu d'un échange et informations utiles à la traçabilité (exemple : Signalement de la Non-conformité d'une demande au service prescripteur, détail de la NC, interlocuteur...)	Visa

**CRITERES DE NON CONFORMITE ENTRAINANT UN REFUS DE LA DEMANDE**

Non-conformité concernant	Cause de la non-conformité
Identification du patient (bon d'examens et/ou échantillon)	Absence d'identification
	Identification incomplète
	Discordance entre bon de demande et/ou échantillons et/ou documents joints
	Double étiquetage
	Identification illisible
Bon de demande d'examens	Absence de bon de demande
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur échantillon
	Bon de demande souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Absence de consentement à la réalisation des analyses des caractéristiques génétiques dans le cadre de la recherche d'association HLA et maladie → Régularisation possible dans les 10 jours
	Absence d'échantillon
Echantillon biologique	Echantillon biologique ou tube non adaptés
	Quantité insuffisante
	Sérum ou plasma décanté
	Echantillon cassé, souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Après centrifugation : échantillon coagulé, lactescent
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur la demande d'examen
	Arrivée au laboratoire hors délai

**CRITERES DE NON CONFORMITE POUVANT IMPOSER UNE REFORMULATION DE LA DEMANDE ET UN RETARD A LA REALISATION DES EXAMENS**

Cause de la non-conformité
Absence d'identification du préleveur
Absence d'identification du prescripteur
Absence du service prescripteur
Absence de la nature des examens à réaliser
Absence de renseignements cliniques pertinents
Absence d'heure de prélèvement