

Réf: PAC/LAB/HLA/FO/012 Version : 3	Titre : PRESCRIPTION D'EXAMENS D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNO- GENETIQUE HLA : Cross Match Virtuel	Date d'effet : 24/10/2023
--	--	---------------------------

<u>PRESCRIPTEUR</u>	ETABLISSEMENT DE SANTE
<u>Médecin d'astreinte de greffe</u>	Identification :
Nom / Prénom:	UF:
<u>Interne d'astreinte de greffe</u>	
Nom / Prénom:	Fax pour urgences :
<u>Date de prescription</u> :	Tel direct :

<u>PATIENT</u> (coller une étiquette)	<u>DONNEUR CRISTAL N°</u>
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom de naissance :	
Nom d'usage :	
Prénom :	
Identifiant unique :	
Né(e) le :	
	Donneur DDAC : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3

Renseignements clinico-biologiques obligatoires :

Cross Match virtuel en vue de greffe sans attendre le Cross Match LCT (1)
Uniquement 1^{ière} transplantation, non immunisé, immunisé TGI < 85% après accord du laboratoire HLA (hors proposition HAP)*

Cross Match virtuel pour proposition HAP pour transport du greffon avec un Cross Match LCT pré-greffe obligatoire (2)

Date de dernière recherche Ac anti-HLA validée CRISTAL*:/...../.....

Traitement au Rituximab® : NON OUI, Date de dernière prise :/...../..... 

Evènement immunisant depuis la dernière recherche Ac anti-HLA :

- Transfusion: OUI NON
- Grossesse ou accouchement: OUI NON Non applicable
- Transplantectomie: OUI NON Non applicable
- Retour en dialyse: OUI NON Non applicable
- Arrêt immunosuppression : OUI NON Non applicable
- Autre (greffe tissulaire....) :

(*Accès CRISTAL Receveur-> Recherche patient -> Taper Nom -> Cliquer sur NATT (N° le plus élevé) -> Onglet Immuno)

DEMANDE REMPLIE A FAXER AU LABORATOIRE HLA Fax : 04 91 48 16 02 Tel : 04 91 18 95 72

COMPTE RENDU DE CROSS MATCH VIRTUEL NEGATIF A FAXER

- **AU BLOC DE GREFFE (1)** Fax : 35294
- **A L'AGENCE DE BIOMEDECINE PNRG (2)** Fax : 01 48 22 66 05

Zone réservée au service de greffe