

PRESCRIPTION D'EXAMENS D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNO-GENETIQUE HLA
Transplantations d'organe Cocher ici si URGENCE PMO ou Cross Match pré-greffe

PRESCRIPTEUR

Nom / Prénom :

Signature :

Date de prescription : | | | | |

Si urgent, contacter le laboratoire par téléphone
ETABLISSEMENT DE SANTE

Identification :

Service / UF :

Tel direct :

Modalité de transmission si Urgent :
PATIENT ☐ **DONNEUR** ☐ Sexe (*): ☐ F ☐ M

Nom de naissance (*):

Nom d'usage (*):

Prénom (*):

Identifiant unique (Etiquette patient) :

Né(e) le (*): | | | | |

PRELEVEUR

Nom :

Signature :

Date de prélèvement (*): | | | | |

Heure de prélèvement :H.....

(* Eléments à indiquer sur les tubes)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES OBLIGATOIRES

Organe en attente ou greffé : ☐ Rein ☐ Foie ☐ Cœur ☐ Poumon ☐ Autre : Date de greffe :
Date de transplantectomie : Date de retour en dialyse :
Evènements immunisants : Date de dernière transfusion : Date de Grossesse :
Traitements : ☐ Arrêt immunosuppression ☐ Ig IV ☐ SAL/ATG ☐ Rituximab ☐ Echanges plasmatiques Date:
Autre :

Typage HLA
☐ **Si URGENT**
☐ Inscription sur liste

☐ Donneur vivant

☐ **PMO**
☐ **Inscription en super-urgence**
☐ **Si autre cas URGENT** préciser le motif:

2 tubes sang sur tube EDTA*

☐ Contrôle de typage HLA patient

☐ Contrôle de typage HLA donneur vivant

1 tube sang sur tube EDTA

Anticorps anti-HLA (ACAL)
☐ **Si URGENT**
☐ Pré-greffe

☐ **Inscription en super-urgence**
☐ **Sérum du jour de greffe**
☐ **Si autre cas URGENT** préciser le motif:

2 tubes sang sur tube sec*

☐ Post-greffe (recherche DSA)

☐ **Suspicion de rejet ou suivi de traitement de rejet**
☐ **Si autre cas URGENT** préciser le motif:

2 tubes sang sur tube sec*

Cross Match
☐ **Si URGENT**
☐ **Cross Match cellulaire LCT (Cross Match « réel »)**
☐ **Cross Match Virtuel** (uniquement pour donneur vivant)

Receveur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Prélever ACAL pré-greffe ou jour de greffe dans tous les cas

Soit **2 tubes** sang sur tube sec* en tout

Donneur :
DONNEUR CRISTAL N°:

rate/ ganglions en sérum physiologique

ou **DONNEUR VIVANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lien avec le receveur :

Prélever uniquement si Cross Match cellulaire LCT (Cross Match « réel »)
6 tubes sang sur tube EDTA

Les examens sont facturés selon la codification DGOS (liste complémentaire). PMO : prélèvement multi-organes. * 1 tube accepté pour pédiatrie

CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE

Laboratoire EFS Provence Alpes Côte d'Azur et Corse - Immunogénétique, Histocompatibilité HLA et Immunologie plaquettaire

Agrément de Génétique moléculaire HLA et HPA- N°EFI 06-FR-010.990

149 boulevard Baille, 13005 Marseille

Secrétariat - Tel : 04.91.92.49.03 - Fax : 04.91.48.16.02 - Astreinte - Tel : 04.91.18.95.72