

**PRESCRIPTION D'EXAMENS D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNO-GENETIQUE HLA  
Greffes de cellules souches hématopoïétiques Centre Greffeur adulte**

**PRESCRIPTEUR**

Nom / Prénom: .....

Signature : .....

Date de prescription : | | | | | | | | | |

**ETABLISSEMENT DE SANTE**

Identification :

Service / UF:

Tel direct :

 PATIENT ou  DONNEUR ou  USP Sexe (\*):  F  M

Nom de naissance (\*): .....

Nom d'usage ou Identifiant Donneur ou USP (\*): .....

Prénom (\*): .....

Identifiant unique : .....

Né(e) le (\*): | | | | | | | | | |

**PRELEVEUR**

Nom / Prénom: .....

Signature : .....

Date de prélèvement (\*): | | | | | | | | | |

Heure de prélèvement : .....H.....

(\* Eléments à indiquer sur les tubes)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES OBLIGATOIRES**

<b>PATIENT</b>	<input type="checkbox"/> <b>Typage HLA 1<sup>ière</sup> intention</b> <span style="float: right;"><u>2 tubes</u> sang sur EDTA</span>
	<input type="checkbox"/> <b>Contrôle typage HLA</b> <span style="float: right;"><u>1 tube</u> sang sur EDTA</span>
<b>ETUDE FAMILIALE</b>	Type de lien: <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Famille élargie <input type="checkbox"/> Parent/enfant <b>Pour le receveur:</b> Nom de naissance : .....
	<input type="checkbox"/> <b>Typage HLA 1<sup>ière</sup> intention</b> <span style="float: right;"><u>2 tubes</u> sang sur EDTA</span> <input type="checkbox"/> <b>Contrôle typage HLA</b> <span style="float: right;"><u>1 tube</u> sang sur EDTA</span>
<b>DONNEUR OU USP</b>	Nom d'usage : .....
	Prénom : .....
	Identifiant unique: .....
<b>DONNEUR OU USP</b>	Date de naissance : .....
	Poids : .....
	<input type="checkbox"/> <b>Typage HLA Donneur phénoïdétique</b> <span style="float: right;">sang sur EDTA ou ADN</span> <input type="checkbox"/> <b>Typage HLA USP recrutée (BSC)</b> <span style="float: right;">ADN ou segment attaché</span> <input type="checkbox"/> <b>Contrôle typage HLA USP (CTC)</b> <span style="float: right;">segment attaché</span>
<b>ACAL</b>	Evènements immunisants : <input type="checkbox"/> Transfusion(s) <input type="checkbox"/> Transplantation(s) <input type="checkbox"/> Grossesse Date : .....
	<input type="checkbox"/> <b>Recherche d'anticorps anti leucoplaquettaire (ACAL)</b> <span style="float: right;"><u>2 tubes</u> sang sur tube sec</span>
<b>CROSS MATCH</b>	<b>Associé à un typage HLA du donneur et un ACAL du receveur</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Cross match Virtuel</b> <input type="checkbox"/> <b>Cross match LCT</b> <span style="float: right;">Donneur <u>6 tubes</u> sang sur EDTA</span>
<u>Cadre réservé à l'ES</u>	

Les examens hors nomenclature seront facturés selon la codification de la DGOS (liste complémentaire et RIHN)  
Les examens entre parenthèses seront réalisés en accord avec les différents services prescripteurs.

**CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE**