

**PRESCRIPTION D'EXAMENS D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNO-GENETIQUE HLA Immunologie Plaquettaire**

**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**

Sexe (\*):  F  M

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

Nom d'usage (\*): .....

Prénom (\*): .....

Identifiant unique (Étiquette patient) : .....

Né(e) le (\*): | | | | | | | |

**PRELEVEUR**

Nom / Prénom: .....

Signature : .....

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

Heure de prélèvement : .....H.....

(\* Éléments à indiquer sur les tubes)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES OBLIGATOIRES**

- Thrombopénie néonatale TNN**
- Exploration Incompatibilité fœto-maternelle IFM**
- Thrombopénie (numération plaquettaire) : .....**
- Inefficacité transfusionnelle plaquettaire / état réfractaire**
- Effet indésirable receveur EIR: .....**
- Autre : .....**

Date : | | | | | | | |

Date dernière transfusion : | | | | | | | |

Date transfusion : | | | | | | | |

**DEMANDE D'EXAMENS**

<p><b>Thrombopénie néonatale TNN</b>  <b>Incompatibilité fœto-maternelle plaquettaire IFM</b>  <input type="checkbox"/> <b>Si URGENT</b></p>	<p><b>OBLIGATION Attestation de consultation et consentement éclairé du patient ou responsable légal + Renseignements cliniques et lien parents/enfant dans PAC/LAB/HLA/FO/225</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>MERE</b> <span style="float: right;">6 à 8 tubes de sang total EDTA + 1 tube sec</span>  <input type="checkbox"/> MAIPA identification (allo-anticorps anti-HPA)  <input type="checkbox"/> Typage plaquettaire HPA + HLA-DRB3*01:01 (si besoin)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>PERE</b> <span style="float: right;">6 à 8 tubes de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> Typage plaquettaire HPA</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ENFANT</b> <span style="float: right;">1 tube pédiatrique de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> Typage plaquettaire HPA</p>
<p><b>Thrombopénie</b>  <input type="checkbox"/> <b>Si URGENT</b></p>	<p><input type="checkbox"/> MAIPA direct (auto-anticorps fixés) <span style="float: right;">6 à 8 tubes de sang total EDTA</span></p> <p><input type="checkbox"/> MAIPA indirect (auto-anticorps et allo-anticorps circulants) <span style="float: right;">(Sauf si plaquettes &lt; 30 G/L ou enfant) + 1 tube sec</span></p>
<p><b>Transfusionnel</b>  <input type="checkbox"/> <b>Si URGENT</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Bilan pré-transfusionnel ou EIR</b>  <input type="checkbox"/> Typage HLA-A et -B <span style="float: right;">1 tube de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA <span style="float: right;">+ 1 tube sec</span></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inefficacité transfusionnelle plaquettaire / état réfractaire</b></p> <p><b>HLA</b> <input type="checkbox"/> Typage HLA-A et -B <span style="float: right;">1 tube de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA <span style="float: right;">+ 1 tube sec</span></p> <p><b>HPA</b> <input type="checkbox"/> Typage plaquettaire HPA <span style="float: right;">6 à 8 tubes de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> MAIPA identification <span style="float: right;">(1 EDTA si plaquettes &lt; 30 G/L ou enfant) + 1 tube sec</span></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Effet indésirable receveur (TRALI)</b>  <input type="checkbox"/> Typage HLA Classe I et II <span style="float: right;">1 tube de sang total EDTA</span>  <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-HLA (si besoin) <span style="float: right;">+ 1 tube sec</span></p>

Ces examens sont facturés selon la nomenclature des actes NABM ou la codification DGOS (liste complémentaire).

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