

DEMANDE D'EXAMEN D'HISTOCOMPATIBILITE (HLA)

EFS Hauts-de-France-Normandie 609 Chemin de la Bretèque 76230 Bois-Guillaume
tel : 02.32.80.09.84 / fax : 02.32.80.09.83



« Cette demande d'examen fait office de contrat entre l'établissement demandeur et le LBM de l'EFS Normandie. Lorsque le demandeur la remplit et lorsque le LBM l'accepte, chaque partie s'engage respectivement à appliquer les conditions pré analytiques et les conditions de réalisation des examens décrites dans le manuel de prélèvement disponible sur <https://www.efs.sante.fr/region/hauts-de-france-normandie>

Identité du patient (Coller étiquette ou renseigner) Nom de NAISSANCE : Prénom : Nom Marital ou d'usage : Date de naissance :/...../..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etablissement Demandeur SERVICE : UF : Tél: Fax : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">Cadre réservé EFS (N° Demande)</div>
Prescripteur Nom : Signature :	Préleveur Nom : Signature : Date prélèvement :/...../.....

CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE

TYPAGE HLA Remplir le consentement au verso

GREFFE DE MOELLE <input type="checkbox"/> Typage patient, contexte <input type="checkbox"/> Typage donneur familial, lien et identité : TRANSPLANTATION D'ORGANE <input type="checkbox"/> cœur <input type="checkbox"/> rein <input type="checkbox"/> Typage patient <input type="checkbox"/> Typage donneur vivant, lien et identité : <input type="checkbox"/> Typage prélèvement multi-organes (PMO)	<p style="text-align: center; color: red;">Nombre et type de tubes :</p> <p style="text-align: center; color: red;">4 à 6 ml (2) : Verts Héparine + Violets EDTA </p> <input type="checkbox"/> 1er typage <input type="checkbox"/> Typage de contrôle
---	---

HLA et MALADIES Nombre et type de tubes : 4 à 6 ml (2) : Verts Héparine + Violets EDTA Remplir le consentement au verso	
Préciser la pathologie suspectée : <input type="checkbox"/> A29 (Rétinopathie de Birdshot) <input type="checkbox"/> B27 (Spondylarthrite ankylosante) <input type="checkbox"/> B27 (Uvéite) <input type="checkbox"/> B51 (Maladie de Behcet) <input type="checkbox"/> B*57 :01 avant traitement par Abacavir	<input type="checkbox"/> A, B (Diabète) <input type="checkbox"/> DR, DQ (Diabète) <input type="checkbox"/> DQ2, DQ8 (Maladie cœliaque) <input type="checkbox"/> DR1, DR4 (Polyarthrite rhumatoïde) <input type="checkbox"/> DR15, DQ6 (Narcolepsie) <input type="checkbox"/> DP (Béryllose) <input type="checkbox"/> Autre(s) allèle(s)/antigène(s) :

ANTICORPS ANTI- HLA classe I et II Nombre et type de tubes : 4 à 6 ml (2) tubes rouges sec 	
Transplantation d'organe, contexte : <input type="checkbox"/> Pré-transplantation <input type="checkbox"/> Suivi de transplantation <input type="checkbox"/> Recherche de DSA	Incident transfusionnel <input type="checkbox"/> avant <input type="checkbox"/> après Inefficacité transfusionnelle plaquettaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Receveur allogreffe <input type="checkbox"/> Autres :

CROSS MATCH	
<input type="checkbox"/> Pré-greffe avec donneur en état de mort encéphalique <input type="checkbox"/> Pré-greffe avec donneur vivant <input type="checkbox"/> Post-greffe, contexte	Receveur : 4 à 6 ml (2) : tubes rouges sec Cellules donneur : ≥ 2 ganglions, rate Donneur vivant : 4 à 6 ml (3) : tubes verts héparine

Examens plaquettaires
 Transmis au site HLA de Caen (tél 02.31.53.53.20/23) selon les modalités décrites dans le manuel de prélèvement

REVUE DE LA DEMANDE	
Demande Conforme: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérogation <input type="checkbox"/> Demande refusée	Nombre d'échantillons transmis : Identité tubes concordant : Date et heure de réception : Signature :

HNO/LAB/HLA/PRA/FO/003	Version : 1	Date d'application : 27/08/2018
Demande d'examen d'histocompatibilité (HLA) - BG		La version électronique fait foi 1/2



ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

2 exemplaires : 1 exemplaire à envoyer au laboratoire avec le prélèvement et 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e), certifie avoir reçu ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée ou sur les facteurs génétiques de susceptibilité au(x) médicament(s) étudié(s), les moyens de la détecter, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.

Fait à le __/__/__

Signature et Tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Identité Patient : Nom de naissance : Nom Marital
Prénom : Date naissance : __/__/__

Je soussigné(e)s M et/ou Mme né(e)s le

- Patient concerné par l'examen
- Titulaire(s) de l'autorité parentale du patient ci-dessus
- Représentant légal du patient identifié ci-dessus

Reconnais avoir reçu du médecin prescripteur, l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques (typage HLA) qui seront réalisés afin :

- d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie suivante (visée diagnostique), à préciser :
 - Pathologies rhumatismales
 - Narcolepsie-Cataplexie
 - Maladie coéliqua
 - Maladie de Behçet
 - Uvéite inflammatoire
 - Choriorétinopathie de Birdshot
 - Diabète de type I
 - Autre pathologie (à préciser) :
- d'évaluer la susceptibilité génétique à la maladie à un traitement médicamenteux (visée thérapeutique), à préciser :
 - Hypersensibilité à l'Abacavir
 - Autre pathologie (à préciser) :
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique

Je consens pour cela au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient ci-dessus identifié et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé : OUI NON

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre

- Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen :

- Je consens à ce qu'il puisse être utilisé, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique, impliquant l'examen des caractéristiques génétiques. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant / concernant le patient, seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, ces études scientifiques seront sans bénéfice ni préjudice pour moi ou pour le patient.

Fait à le __/__/__

Signature du patient ou de son
représentant ci-dessus mentionné

Laboratoire d'Histocompatibilité et d'Immunogénétique – Etablissement Français du Sang
Site de Bois Guillaume – Tél : 02.32.80.09.84 – Fax : 02.32.80.09.83.

HNO/LAB/HLA/PRA/FO/003	Version : 1	Date d'application : 27/08/2018
Demande d'examen d'histocompatibilité (HLA) - BG		La version électronique fait foi
		2/2