

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - BRETAGNE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – Pôle d'Immunogénétique et Histocompatibilité, Immunologie Leuco-plaquettaire

Site de RENNES, Rue Pierre-Jean Gineste – CS 41146 - 35011 RENNES Cedex - Tél : 02.99.54.83.41 - Fax : 02.99.54.83.58

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : http://efs-bretagne.manuelprelevement.fr	Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :	
Identité du patient	Identité du prescripteur	Etiquette du service demandeur
(Coller une étiquette ou renseigner) Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : ___/___/____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I N° identifiant unique (INS) :	Nom : Prénom : Fonction : Tél :	ETIQUETTE UF ou service demandeur
URGENCE : cocher ici <input type="checkbox"/>	Identité du préleveur	Etiquette du laboratoire
Préciser impérativement le motif de l'urgence Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> par FAX N° <input type="checkbox"/> par voie électronique (MSSante) :	Nom : Prénom : Date de prlv : ___/___/____ Heure : ___ H ___	ETIQUETTE du laboratoire

TYPAGES HLA et/ou GENOTYPAGES KIR		Prélèvement sang : 1 tube EDTA 6mL (BV)*	
GREFFE DE CSH (Cellules Souches Hématopoïétiques)	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA Patient	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination
	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA Donneur apparenté	Pour NOM/Prénom : Lien de parenté :	
TRANSPLANTATION D'ORGANE : <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA Patient	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination
	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA Donneur <i>Greffe Donneur Vivant</i> (Ne pas oublier cross-match p.2)	Pour NOM/Prénom : Lien avec le receveur :	
	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA prélèvement Multi-Organes (PMO)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination
TRANSFUSION	Se référer au champ « EVENEMENTS POST-TRANSFUSIONNELS » page 2		
MALADIE ou PHARMACOGENETIQUE (Consentement obligatoire) <i>Disponible sur le manuel de prélèvement en ligne</i>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Préciser la pathologie suspectée ou le protocole :		
	<input type="checkbox"/> Rétinopathie de birdshot : HLA-A29: <input type="checkbox"/> Spondylo-arthrites : HLA-B27 <input type="checkbox"/> Avant traitement à l'Abacavir : HLA-B*57:01 <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet : HLA-B51 <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque : HLA-DQA1* / HLA-DQB1*	<input type="checkbox"/> Uvéite inflammatoire : HLA-B27, B51 <input type="checkbox"/> Diabète : HLA-DRB1*/DQA1*/DQB1* <input type="checkbox"/> Narcolepsie : HLA-DQB1*06 :02 (DQ6) : <input type="checkbox"/> Incompat. foetomater. plaquettaire HPA-1a : HLA-DRB3*01:01	<input type="checkbox"/> KIR
AUTRE :	<input type="checkbox"/> Génotypage HLA de classe I : <input type="checkbox"/> HLA-A <input type="checkbox"/> HLA-B <input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> Génotypage KIR <input type="checkbox"/> Génotypage HLA de classe II : <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 (DR) <input type="checkbox"/> HLA-DQB1 (DQ) <input type="checkbox"/> HLA-DQA1 <input type="checkbox"/> HLA-DPB1 (DP) <input type="checkbox"/> HLA-DPA1 <input type="checkbox"/> HLA-DRB3/4/5 <input type="checkbox"/> Phénotypage (expression cellulaire) : <input type="checkbox"/> HLA classe I <input type="checkbox"/> HLA classe II + 2 tubes ACD (BJ)*		

ANTICORPS ANTI-HLA		Prélèvement sang : 1 tube sec 5ml (BR)*	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - Préciser si :	<input type="checkbox"/> Retour dialyse	<input type="checkbox"/> Transplantectomie : M+	<input type="checkbox"/> Grossesse (suivi mensuel)
	<input type="checkbox"/> Suspicion de rejet	<input type="checkbox"/> Suivi de désensibilisation	<input type="checkbox"/> Modification immunosuppression
	<input type="checkbox"/> Ttt IgIV : J+.....	<input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques J+.....	<input type="checkbox"/> Ttt SAL/ATG : J+.....
	<input type="checkbox"/> Autre Immunomodulateur :	<input type="checkbox"/> Protocole :	
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Bilan Pré-greffe <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-donneur (DSA) (Suivi de désensibilisation, ...)		
TRANSPLANTATION D'ORGANE	<input type="checkbox"/> Bilan PRE-inscription en liste d'attente <input type="checkbox"/> Patient inscrit, Suivi PRE-transplantation (recommandé tous les 6 mois minimum, tous les 3 mois si immunisé) <input type="checkbox"/> Suivi POST-transplantation <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-donneur (DSA) (suspicion de rejet ...) <input type="checkbox"/> Sérothèque		
TRANSFUSION	Se référer au champ « EVENEMENTS POST-TRANSFUSIONNELS » page 2		
AUTRE :	<input type="checkbox"/> anticorps anti HLA de classe I	<input type="checkbox"/> anticorps anti HLA de classe II	<input type="checkbox"/> anticorps anti-leucocytaires cytotoxiques

CHIMERISME		Prélèvement sang ou moelle osseuse : 1 tube EDTA 6mL (BV)*	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - Préciser si :	<input type="checkbox"/> Rechute	<input type="checkbox"/> GVH	
	<input type="checkbox"/> Changement traitement immunosuppresseur	<input type="checkbox"/> Infections en cours (virales, bactériennes, fongiques)	
GREFFE DE CSH	<input type="checkbox"/> Suivi chimérisme : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Moelle <input type="checkbox"/> Chimérisme sur cellules triées CD33+ : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> HLA loss : Recherche de la perte d'un haplotype HLA (HLA LOH)		

* BV : tube EDTA avec bouchon violet - BR : tube sec bouchon rouge ou bouchon jaune avec gel - BJ : tube ACD bouchon jaune SANS gel

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - BRETAGNE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – Pôle d'Immunogénétique et Histocompatibilité, Immunologie Leuco-Plaquettaire

CROSSMATCH LEUCOCYTAIRE (Allo anticorps / Auto Anticorps)		Prélèvements :	
TRANSPLANTATION D'ORGANES AVEC DONNEUR PMO Donneur CODE CRISTAL :	<input type="checkbox"/> Crossmatch Lymphocytotoxicité (LCT) + Typage HLA du PMO en sérologie <input type="checkbox"/> Crossmatch Cytométrie en flux	Receveur : 1 tube sec 5mL (BR)* Donneur : échantillon ganglionnaire et /ou splénique	
	<input type="checkbox"/> Crossmatch Virtuel : Contactez le biologiste médical d'astreinte Attestation de vérification de l'absence d'événement immunisant au cours des 3 derniers mois	Signature du prescripteur	
GREFFE RÉNALE AVEC DONNEUR VIVANT Identité receveur : Lien avec le receveur : Date prévisionnelle de greffe : ___/___/____	<input type="checkbox"/> Exploration Donneur compatible : Crossmatch (LCT + Cytométrie en flux) → PRISE DE RDV OBLIGATOIRE au 02 23 22 53 90	Receveur : 1 tube sec 5mL (BR)* + 6 tubes ACD (BJ)* Donneur : 6 tubes ACD (BJ)*	
	<input type="checkbox"/> Pré-greffe : Crossmatch (LCT) Contactez le laboratoire	Receveur : 1 tube sec 5mL (BR)* Donneur : 3 tubes ACD (BJ)*	
AUTO-CROSSMATCH LEUCOCYTAIRE	<input type="checkbox"/> AutoCrossmatch (LCT + Cytométrie en flux) → PRISE DE RDV OBLIGATOIRE au 02 23 22 53 90	1 tube sec 5mL (BR)* + 6 tubes ACD (BJ)*	
EVENEMENTS POST-TRANSFUSIONNELS		Prélèvements sang :	
Inefficacité transfusionnelle plaquettaire	Num plaquettaire :G/L Syndrome hémorragique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ac anti-HLA +/- Typage HLA classe I (Si recherche Ac POSITIVE) : <input type="checkbox"/> Ac anti-HPA et/ou anti-CD36 + Typage HPA	1 tube sec 5mL (BR)* 1 tube EDTA 6mL (BV)*	
Suspicion de TRALI	<input type="checkbox"/> Typages HLA patient (réalisé si les Ac anti HLA sont positifs chez les donneurs concernés) + Typages HNA (Sous-traitance EFS IDF - Réalisé si les Ac anti HNA sont positifs chez les donneurs concernés)	1 tube EDTA 6mL (BV)*	
Suspicion de Purpura Post-Transfusionnel	<input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti-HPA + Typage HPA	1 tube sec 5mL (BR)* 1 tube EDTA 6mL (BV)*	
Frissons / Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti-HLA	1 tube sec 5mL (BR)*	
IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE		Prélèvements sang :	
I F M / T N N	EXPLORATION D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE/ THROMBOPENIE NEONATALE (IFM/TNN) (Consentement obligatoire Pour le typage HPA) ** Terme de la grossesse :SA	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Numération plaquettaire de l'enfant :G/L <input type="checkbox"/> Anomalies à l'échographie <input type="checkbox"/> Fausse-couche <input type="checkbox"/> Mort in-utero <input type="checkbox"/> Hémorragie intracrânienne <input type="checkbox"/> Thrombopénie néonatale <input type="checkbox"/> Pétéchies ou autres signes hémorragiques : Nom de l'enfant : Nom de la mère : Nom du père : Enfant : <input type="checkbox"/> Typage HPA Mère : <input type="checkbox"/> Recherche d'Auto-Ac fixés et sériques,allo-Ac anti-HPA + Typage HPA Père : <input type="checkbox"/> Cross-match plaquettaire + Typage HPA	1 tube EDTA 6mL (BV)* 4 EDTA 6ml (BV)*+ 1 Sec (BR)* 4 tubes EDTA 6ml (BV)*
	SUIVI DE NOUVELLE GROSSESSE Terme de la grossesse :SA Père différent de la grossesse précédente : prescrire typage HPA du père	<input type="checkbox"/> Recherche d'allo-Ac anti-plaquettaires <input type="checkbox"/> Quantification des allo-Ac anti-HPA-1a <input type="checkbox"/> Génotypage HPA fœtal → PRISE DE RDV OBLIGATOIRE au 02 23 22 53 90	1 tube sec 5mL (BR)* 1 tube sec 5mL (BR)*
	SUIVI POST-ACCOUCHEMENT	<input type="checkbox"/> Recherche d'Ac maternels anti-plaquettaires à distance de l'accouchement	1 tube sec 5mL (BR)*
AUTRE : (Consentement obligatoire Pour le typage HPA **)	<input type="checkbox"/> Recherche d'allo-Ac anti HPA - Préciser l'antigène HPA : <input type="checkbox"/> Phénotypage <input type="checkbox"/> HPA-1a <input type="checkbox"/> HPA-5b <input type="checkbox"/> CD36 (GP1V) <input type="checkbox"/> Génotypage HPA rares <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti CD36 <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti-GP médicament dépendant (prise de RDV OBLIGATOIRE) Médicaments (à fournir) :	1 tube sec 5mL (BR)* 1 tube EDTA 6 mL (BV)* 1 tube EDTA 6ml (BV)* ou ADN 1 tube sec 5mL (BR)* 2 tubes secs 5mL (BR)*	
THROMBOPENIE ISOLEE, SUSPICION DE PURPURA THROMBOPENIQUE IMMUN (PTI)	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Numération plaquettaire du patient :G/L Contexte : <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune connue <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Suspicion PTI	4 EDTA 6ml (BV)*+1 Sec (BR)* 1 tube sec 5mL (BR)*	
	ATTENTION : La recherche d'anticorps fixés ne peut pas être réalisée si transfusion de plaquettes < 5 jours Seule la recherche d'anticorps sériques est possible : <input type="checkbox"/> Recherche d'Auto-Ac anti glycoprotéines plaquettaires, fixés et sériques <input type="checkbox"/> Si Transfusion de plaquettes récente (< 3 semaines) Date : ___/___/___ Recherche Auto-Ac anti glycoprotéines plaquettaires sériques		
THROMBOPATHIE <input type="checkbox"/> Glanzmann <input type="checkbox"/> Bernard Soulier <input type="checkbox"/> Autres :	Numération plaquettaire du patient :G/L Date dernière transfusion : ___/___/____ <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettaires circulants	1 tube sec 5mL (BR)*	

* BV : tube EDTA avec bouchon violet - BR : tube sec bouchon rouge ou bouchon jaune avec gel - BJ : tube ACD bouchon jaune SANS gel

** Disponible sur le manuel de prélèvement en ligne