

Prescription d'examens à transmettre au laboratoire d'Immunogénétique de Besançon

Version N°6 - Date de diffusion 26/05/2023 - Date de révision 24/05/2028

Documents rattachés : Site <https://efs-bfc.manuelprelevement.fr/>

LABORATOIRE D'IMMUNOGÉNÉTIQUE DE BESANCON

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG BOURGOGNE / FRANCHE-COMTE

8, Rue du JFX Girod – BP 1937 – 25 020 BESANCON Cedex – Tél : 03 81 61 56 93 / Fax : 03 81 61 56 32

Échantillon primaire = sang total

Transport à température ambiante

☐ PATIENT / ☐ DONNEUR

NOM DE NAISSANCE : _____

Sexe : ☐ M / ☐ F

NOM USUEL : _____

Né(e) : ____/____/____ à : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Obligatoire si la personne n'est pas hospitalisée

N° d'admission : _____

N° NIP : _____

N° de demande : _____

Obligatoire

PRESCRIPTEUR : (ne remplir cet item que si les informations ne figurent pas sur un autre document)

UF : _____

Téléphone : _____

Nom du prescripteur : _____

Date de la prescription : ____/____/____

Visa : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (nécessaires à la bonne exécution des examens et à l'interprétation des résultats) :

- ☐ Greffe de ☐ CSH / ☐ Rein / ☐ Foie / ☐ Autre : _____
- Patient(e) inscrit(e) sur le listing de greffe d'organe de l'ABM ☐ oui / ☐ non
 - Traitement anti-lymphocytaire en cours ☐ oui / ☐ non
 - Échanges plasmatiques ☐ oui / ☐ non
 - Évènement sensibilisant ☐ oui / ☐ non (si oui, préciser la date : ____/____/____)
 - ☐ Transplantectomie ☐ Greffe
 - ☐ Grossesse ☐ IVG
 - ☐ Transfusion (le 1^{er} sérum doit être prélevé entre j15 et j21 post transfusion et un 2^{ème} sérum à j30)
 - ☐ Thrombopénie néonatale
 - ☐ Inefficacité transfusionnelle plaquettaire
 - ☐ Incident transfusionnel : ☐ Effet Indésirable Receveur lié à la Transfusion / ☐ TRALI

AUTRES RENSEIGNEMENTS (nécessaires à la bonne exécution des examens et à l'interprétation des résultats) :

☐ **Etude familiale** : Préciser le lien de parenté ☐ Frère / ☐ Sœur / ☐ Père / ☐ Mère* / ☐ Autre : _____ avec le patient : _____

néonatale

*Prélèvement indispensable en cas de thrombopénie

NOM de naissance : _____

NOM usuel : _____

Prénom : _____

Né(e) : ____/____/____

Sexe : ☐ M / ☐ F

PRELEVEUR (ne remplir cet item que si les informations ne figurent pas sur un autre document)

Nom : _____ Fonction : _____ Établissement : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____h

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
DORMOY Anne LACHAUME Véronique 24/05/2023	ROUX Yasmine (26/05/2023)	BRANGER Marine (26/05/2023)

Nombre de tubes transmis :

Signature :

EXAMENS DEMANDÉS**BILANS EFFECTUÉS DANS LE CADRE DE LA GREFFE DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOIÉTIQUES**

- ☐ 1^{er} bilan HLA 2 tubes EDTA 5ml
- ☐ 2^{ème} bilan HLA 2 tubes ACD 7ml + 2 tubes EDTA 5ml
1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ Dépistage +/- identification d'anticorps (en dehors du 2^{ème} bilan) 1 tube sec avec gel 7ml

*Remarque : Le tube sec avec gel de 7 ml peut être remplacé par 2 tubes secs de 5 ml avec ou sans gel et doivent être **bien remplis*****BILANS EFFECTUÉS DANS LE CADRE DE LA GREFFE D'ORGANE****URGENCES DE TRANSPLANTATION (prévenir l'astreinte)**

- ☐ Typage HLA d'un PMO 2 tubes EDTA 5ml
- ☐ Cross-matches lymphocytaires avec un greffon issu d'un PMO
○ en astreinte ○ en journée Patients : 2 tubes secs avec gel 7ml + 2 tubes citratés

Préciser le N° Cristal du donneur PMO : _____ (donnée obligatoire) Donneur PMO : ○ Ganglion / ○ Rate

Bilan pré-greffe pour l'inscription d'un patient sur liste d'attente d'organe ABM (typage + anticorps anti-HLA)

- ☐ 1^{er} bilan HLA 2 tubes EDTA 5ml + 1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ 2^{ème} bilan HLA (confirmation) 2 tubes EDTA 5ml + 1 tube sec avec gel 7ml

Suivi immunologique d'un patient (dépistage +/- Identification d'anticorps anti-HLA)

- ☐ Suivi pré-greffe, avant inscription sur liste d'attente 1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ Suivi pré-greffe, pour inscription sur liste d'attente 1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ Suivi pré-greffe, après inscription sur liste d'attente 1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ Suivi post-greffe 1 tube sec avec gel 7ml

Bilan HLA d'un donneur vivant (typage et cellulothèque)

- ☐ 1^{er} bilan HLA 1 tube EDTA 5ml + 7 tubes ACD 7ml
- ☐ 2^{ème} bilan HLA (confirmation) 1 tube EDTA 5ml + 7 tubes ACD 7ml

Typage rétrospectif d'un greffon

- ☐ Typage HLA sur biopsie rénale Biopsie
- ☐ Typage complémentaire d'un PMO : ADN conservé en ADNthèque/cellules
○ HLA-C générique ○ HLA-DQA1 générique ○ HLA-DQB1 générique ○ HLA-DPB1 haute résolution

Cross-matches lymphocytaires pré-greffe en dehors de l'urgence (par lymphocytotoxicité et par cytométrie en flux)**Cross-matches avec un greffon issu d'un donneur vivant :****ATTENTION : La prescription doit être établie au nom du patient !**

- ☐ 1^{er} Cross-match 'pré-greffe' Patient : 2 tubes secs avec gel 7ml
- ☐ 2^{ème} Cross-match 'pré-greffe' à réaliser 3 jours avant la greffe Donneur : 7 tubes ACD 7 ml
- ☐ Auto cross-matches lymphocytaires par LCT (Obligatoire avec le 2^{ème} cross-match) Patient : 2 tubes ACD 7ml
- ☐ Auto cross-matches lymphocytaires par cytométrie de flux 1 tube sec avec gel 7ml + 7 tube ACD 7ml

Cross-matches lymphocytaires post-greffe (par lymphocytotoxicité et par cytométrie en flux)

- ☐ Cross-matches lymphocytaires 'post-greffe' Patient : 1 tube sec avec gel 7ml
- Préciser le N° Cristal du donneur PMO : _____ (donnée obligatoire) Donneur : Cellules congelées

BILANS EFFECTUÉS DANS UN CADRE TRANSFUSIONNEL

- ☐ Dépistage +/- identification d'anticorps 1 tube sec avec gel 7ml
- ☐ Typage HLA si présence d'anticorps anti-HLA 2 tubes EDTA 5ml
- ☐ Bilan TRALI (extraction d'ADN* + dépistage +/- identification d'anticorps) 1 tube sec avec gel 7ml + 2 tubes EDTA 5ml

**pour typage ultérieur, à la demande du prescripteur*

TYPAGE PLAQUETTAIRE

(Ne pas oublier de compléter les renseignements cliniques)

Systèmes à tester :

☐ HPA-1☐ HPA-3☐ HPA-5

1 tube EDTA 5ml

☐ HPA-2☐ HPA-4☐ HPA-15☐ Tous

TYPAGES EFFECTUÉS DANS LE CADRE HLA ET MALADIE / SUSCEPTIBILITÉ À L'ABACABVIR

(Joindre le consentement éclairé du patient signé par le médecin et le patient - OBLIGATOIRE)

☐ Typage HLA de classe 1 dans le cadre 'HLA et maladie'

1 tube EDTA 5ml

☐ Typage HLA de classe 2 dans le cadre 'HLA et maladie'

1 tube EDTA 5ml

☐ Recherche de l'allèle DQB1*06:02

1 tube EDTA 5ml

☐ Recherche de l'allèle HLA-B*57:01

1 tube EDTA 5ml

☐ Recherche de l'allèle HLA-B*27

1 tube EDTA 5ml

Remarque : Le tube sec avec gel de 7 ml peut être remplacé par 2 tubes secs de 5 ml avec ou sans gel et doivent être **bien remplis**