

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

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

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

CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE

Laboratoire EFS Provence Alpes Côte d'Azur et Corse – Immunogénétique, Histocompatibilité HLA et Immunologie plaquettaire

Agrément de Génétique moléculaire HLA et HPA - N°EF1 06-FR-010.990

149 boulevard Baille, 13005 Marseille

Secrétariat - Tel : 04.91.92.49.03 - Fax : 04.91.48.16.02 - Astreinte -Tel : 04.91.18.95.72