

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)	Etablissement Demandeur
Nom de NAISSANCE :	SERVICE :
Prénom :	UF :
Nom Marital ou d'usage :	Tél:.....
Date de naissance :/..../..... Sexe : M ☐ F ☐	Fax :
	Urgence : cocher ici ☐
	Préciser impérativement le motif de l'urgence :
Prescripteur	Préleveur
Nom : Signature :	Nom : Signature :
	Date prélèvement :/..../.....

CONSERVATION ET TRANSPORT DES TUBES A TEMPERATURE AMBIANTE

TYPAGE HLA Remplir le consentement au verso

GREFFE DE MOELLE	Nombre et type de tubes :
☐ Typage patient, contexte	4 à 6 ml (2) : Verts Héparine + Violets EDTA
☐ Typage donneur familial, lien et identité :	
TRANSPLANTATION D'ORGANE ☐ cœur ☐ rein	☐ 1er typage
☐ Typage patient	☐ Typage de contrôle
☐ Typage donneur vivant, lien et identité :	
☐ Typage prélèvement multi-organes (PMO)	

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 :	☐ A, B (Diabète) ☐ DR, DQ (Diabète)
☐ A29 (Rétinopathie de Birdshot)	☐ DQ2, DQ8 (Maladie cœliaque)
☐ B27 (Spondylarthrite ankylosante)	☐ DR1, DR4 (Polyarthrite rhumatoïde)
☐ B27 (Uvéite)	☐ DR15, DQ6 (Narcolepsie)
☐ B51 (Maladie de Behcet)	☐ DP (Béryllose)
☐ B*57 :01 avant traitement par Abacavir	☐ 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 :	Incident transfusionnel ☐ avant ☐ après
☐ Pré-transplantation	Inefficacité transfusionnelle plaquettaire : ☐ oui ☐ non
☐ Suivi de transplantation	☐ Receveur allogreffe
☐ Recherche de DSA	☐ Autres :

CROSS MATCH

☐ Pré-greffe avec donneur en état de mort encéphalique	Receveur : 4 à 6 ml (2) : tubes rouges sec
☐ Pré-greffe avec donneur vivant	Cellules donneur : ≥ 2 ganglions, rate
☐ Post-greffe, contexte	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

Réserve EFS	Demande Conforme: ☐ OUI ☐ NON	Nombre d'échantillons transmis :	
	☐ Service averti par téléphone		Identité tubes concordant :
	☐ Demande régularisée		Date et heure de réception :
	☐ Dérogation		Signature :
	☐ Demande refusée		

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, 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.

Signature et Tampon du médecin

Fait à le ____/____/____

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 cœliaque
 - ☐ 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.

Signature du patient ou de son
représentant ci-dessus mentionné

Fait à le ____/____/____

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.