

FEUILLE DE PRESCRIPTION HLA

RAA/LAB/HLA/FO/151 - Version 3

LABORATOIRE D' HISTOCOMPATIBILITE N° Agrément : 42-079

Site de Saint Etienne 25 Boulevard pasteur – 42023 St Etienne cedex 02

Tél. : 04 77 81 42 52 – Fax : 04 77 81 43 74

IDENTIFICATION PATIENT	ETABLISSEMENT DEMANDEUR	PRELEVEMENT SANGUIN
Nom de naissance :	Nom de l'établissement :	Date :
Nom marital ou d'usage :	Service :	Heure :
Prénom :	Code U.F. :	Nom du Préleveur :
Date de Naissance :	Nom du prescripteur :	Signature :
Adresse :	Tel :	
Sexe :	Signature :	

GROUPAGE HLA

GREFFE DE MOELLE		
<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Donneur familial	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination
Diagnostic :	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination
<input type="checkbox"/> Etude du chimérisme post greffe		2 x5ml EDTA
		4x5ml EDTA

GREFFE D'ORGANE		Typage Donneur décédé :		3x5ml EDTA ou ACD	
<input type="checkbox"/> Typage Patient	2x5ml EDTA ou ACD	<input type="checkbox"/> Cross Match Pré Greffe :			
<input type="checkbox"/> Typage Donneur vivant		<input type="checkbox"/> Donneur décédé	2x5ml ACD ou EDTA	<input type="checkbox"/> Donneur Vivant	2x5ml ACD ou EDTA
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination		Receveur	+ 2x 5ml sec (1x7ml)	Receveur	+ 2x 5ml ou 1x7ml sec
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination					
<input type="checkbox"/> BILAN DE REJET	2x5ml ACD ou EDTA +1x 5ml Sec	Donneur	2-3 ganglions et morceau de rate	Donneur	4x 10ml ACD
Cross-Match post greffe et Ac anti HLA classe I et II					

HLA ET MALADIES		<input type="checkbox"/> Classe I (HLA-A, B)		<input type="checkbox"/> Classe II (HLA-DR, DQ) ¹		2x 5ml ACD ou EDTA
<input type="checkbox"/> HLA-A29	<input type="checkbox"/> HLA-B27	<input type="checkbox"/> HLA-B51	<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 ¹	<input type="checkbox"/> HLA-DQ2/DQ8 ¹		
<input type="checkbox"/> HLA-DQB*06:02 ¹	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Pathologie Suspectée :				
Un consentement du patient au verso est indispensable pour les analyses HLA et maladie						

ANTICORPS ANTI-HLA Classe I et II	1x 7ml ou 2x5ml Sec avec gel
-----------------------------------	------------------------------

TRANSFUSION		
<input type="checkbox"/> Bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/> Effet indésirable receveur	<input type="checkbox"/> Autre :
GREFFE D'ORGANE		
Date de transplantectomie :		
<input type="checkbox"/> Bilan pré greffe	<input type="checkbox"/> Avant Echange plasmatique ou IA	<input type="checkbox"/> Rejet humoral
<input type="checkbox"/> Bilan post greffe	<input type="checkbox"/> Après Echange plasmatique ou IA	<input type="checkbox"/> Traitement spécifique

IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE¹

<input type="checkbox"/> Auto Ac Anti-Plaquettes	Numération plaquettaire :	2x5ml EDTA+1x5ml Sec
<input type="checkbox"/> Allo-Ac Anti-Plaquettes	<input type="checkbox"/> Grossesse (accouchement prévu le :)	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Typage Plaquettaire HPA		1x5ml sec
<input type="checkbox"/> ALLO IMMUNISATION FOETO MATERNELLE		2x5ml EDTA
<input type="checkbox"/> Mère : Conjointe de M.	Allo Ac Anti-Plaquettes + Auto-Ac Anti-Plaquettes + Typage Plaquettaire HPA	2x5ml EDTA+1x5ml Sec
<input type="checkbox"/> Père : Conjoint de Mme	Cross-Match Plaquettaire + Typage Plaquettaire HPA	3x5ml EDTA
<input type="checkbox"/> Enfant : de.....	Typage Plaquettaire HPA	1ml EDTA minimum

¹ Examens envoyés au laboratoire EFS HLA de DECINES

FEUILLE DE PRESCRIPTION HLA

RAA/LAB/HLA/FO/151 - Version 3

Manuel de prélèvements du LBM en électronique : par moteur de recherche « manuel de prélèvements Auvergne-Loire » ou sur site de l'EFS le cas échéant



**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 :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologies rhumatismales | <input type="checkbox"/> Uvéite inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsie-Cataplexie | <input type="checkbox"/> Chorioretinopathie de Birdshot |
| <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque | <input type="checkbox"/> Diabète de type I |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet | <input type="checkbox"/> 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

LAB/HLA/DF/FO/002-Version n°2

Fait à le ___/___/___

L'ensemble des dispositions est présenté dans le manuel de prélèvement LBM

Conditionnement : La séparation tubes / documents est obligatoire 'l'emballage doit répondre aux exigences réglementaires'.

Température de transport : Le transport est réalisé à température ambiante

Délai d'acheminement : ≤7 jours pour les analyses concernant l'HLA

Critères d'acceptabilité des tubes et des feuilles de prescription (« ordonnances ») :

Toutes les analyses doivent être accompagnées d'une feuille de prescription émanant du service pour les patients hospitalisés et/ ou d'une ordonnance pour les patients en consultation. En cas d'une analyse urgente prévenir le laboratoire par téléphone.

Sur le tube et sur la demande : Nom de naissance obligatoire, Nom marital (s'il y a lieu), prénom, date de naissance, sexe

Sur la demande : Identification de prescripteur, date du prélèvement sanguin, identification du préleveur

Motifs majeurs d'annulation des analyses HLA (l'information est transmise au service et ou au prescripteur, par téléphone immédiatement et une non-conformité sera indiquée sur le Compte Rendu) :

- Toute discordance d'identité entre le prélèvement et la feuille de prescription.
 - Toute anomalie relevant d'un problème technique ou biologique sur le prélèvement qui empêcherait la réalisation du résultat (ex : typage HLA non réalisable si la numération leucocytaire est inférieure à 500 leucocytes/mm³).
- A titre exceptionnel et au cas par cas, en cas d'urgence, le biologiste se réserve le droit de prendre en compte un prélèvement non-conforme, celui-ci fera alors l'objet d'une mesure dérogatoire.

Pour toute demande de transmission par télécopie, le client s'assure de la confidentialité du fax