

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

Version N°4 - Date de diffusion 09/10/2020

Documents rattachés : BFC/LAB/MO/001

LABORATOIRE D'IMMUNOGÉNÉTIQUE DE BESANCON

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG BOURGOGNE / FRANCHE-COMTE

8, Rue du JFX Girod – BP 1937 – 25 020 BESANCON Cedex – Tél : 03 81 61 56 15 / 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 : _____

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

Nom : _____ Fonction : _____ Établissement : _____ Date : ___/___/___

Heure : ___ h

Nombre de tubes transmis : _____

Signature : _____

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'EFG 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 :

*Prélèvement indispensable en cas de thrombopénie néonatale

NOM de naissance : _____

NOM usuel : _____

Prénom : _____

Né(e) : ___/___/___

Sexe : M / F

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
DORMOY Anne 08/09/2020	LACHAUME Véronique (02/10/2020)	DELETTRE (ANGELOT) Fanny (09/10/2020)

EXAMENS DEMANDÉS

BILANS EFFECTUÉS DANS LE CADRE DE LA GREFFE DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOIÉTIQUES

1^{er} bilan HLA 2 tubes EDTA 5ml

Bilans en vue d'une Greffe intra-familiale (typage + anticorps anti-HLA)

2^{ème} bilan HLA 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

Bilans en vue d'une Greffe non apparentée (typage + anticorps anti-HLA)

2^{ème} bilan HLA 2 tubes ACD 7ml + 2 tubes EDTA 5ml
 1 tube sec avec gel 7ml
 2^{ème} bilan HLA pour un patient aplasique Pas de prélèvement
 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 + 2 tubes ACD (citrates) 7 ml
 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

Bilans pré-greffe pour l'inscription d'un patient sur liste d'attente d'organe EFG (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 congelées
 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 Patient : 2 tubes ACD 7ml
 (Obligatoire avec le 2^{ème} cross-match)
 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage +/- identification d'anticorps | 1 tube sec avec gel 7ml |
| <input type="checkbox"/> Typage HLA <i>si présence d'anticorps anti-HLA</i> | 2 tubes EDTA 5ml |
| <input type="checkbox"/> Bilan TRALI (extraction d'ADN* + dépistage +/- identification d'anticorps)
<i>*pour typage ultérieur, à la demande du prescripteur</i> | 1 tube sec avec gel 7ml + 2 tubes EDTA 5ml |

TYPAGE PLAQUETTAIRE

(Ne pas oublier de compléter les renseignements cliniques)

- Systemes à tester :** 1 tube EDTA 5ml
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HPA-1 | <input type="checkbox"/> HPA-3 | <input type="checkbox"/> HPA-5 | |
| <input type="checkbox"/> HPA-2 | <input type="checkbox"/> HPA-4 | <input type="checkbox"/> HPA-15 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Typage HLA de classe 1 dans le cadre 'HLA et maladie' | 1 tube EDTA 5ml |
| <input type="checkbox"/> Typage HLA de classe 2 dans le cadre 'HLA et maladie' | 1 tube EDTA 5ml |
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'allèle DQB1*06:02 | 1 tube EDTA 5ml |
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'allèle B*57:01 | 1 tube EDTA 5ml |

Remarque : Le tube sec avec gel de 7 ml peut être remplacé par 2 tub