

REQUÊTE D'ANALYSES – IMMUNOLOGIE ET HISTOCOMPATIBILITÉ

PRÉLÈVEUR	LOCALISATION _____	RAMQ _____
	DATE PRÉL.: ____ / ____ / ____ HEURE: ____ :	DOSSIER _____ SITE _____
	NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____	DATEDENAISSANCE _____ SEXE M ☐ F ☐
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____	AA/MM/JJ
PRESCRIPTEUR	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____	NOM _____ PRÉNOM _____
	MDEN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____	NOM DE LA MÈRE _____
	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____	ADRESSE _____
	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____	NOCIVIQUE/RUE _____ APT _____
		CODEPOSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Histocompatibilité

Renseignements cliniques

- | | |
|---|---|
| ☐ Greffe rénale – patient
☐ Greffe rénale – donneur
☐ Greffe cardiaque – patient
☐ Greffe de cellules hématopoïétiques – patient
☐ Greffe de cellules hématopoïétiques - donneur
☐ Greffe autre (spécifier) : _____
☐ Autre indication (spécifier) : _____

Informations complémentaires* : _____

*Transfusion, greffe primaire/secondaire, traitement immunosuppresseur, biopsie, etc. | ☐ Association à une pathologie (spécifier la pathologie) : _____

☐ HLA-A29 ☐ HLA-B27 ☐ HLA-B51 ☐ HLA-Cw6
☐ HLA-DR4 ☐ HLA-DR15 ☐ HLA-DQB1*06:02 ☐ HLA-DQ2/DQ8
☐ Autre (spécifier) : _____
☐ Réaction adverse à un médicament (spécifier le médicament) : _____

☐ HLA-A*31:01 ☐ HLA-B*15:02 ☐ HLA-B*57:01 ☐ HLA-B*58:01
☐ HLA-DR15 ☐ Autre (spécifier) : _____ |
|---|---|

Analyses

- | | |
|--|--|
| ☐ Typage HLA | 2 tubes EDTA (bouchon lavande) de 3mL
(6 tubes si patient avec $< 2 \times 10^9$ leucocytes/L) |
| ☐ Dépistage d'anticorps anti-HLA (FlowPRA) | 2 tubes SST (bouchon or, activateur de caillot) de 5mL |
| ☐ Identification d'anticorps anti-HLA (Luminex) | 2 tubes SST (bouchon or, activateur de caillot) de 5mL
(IMPORTANT : <u>aucun tube requis si un dépistage d'anticorps anti-HLA est également demandé</u>) |
| ☐ Crossmatch par cytométrie en flux (allogénique [donneur] ou autologue [patient]; Flow crossmatch) | 4 tubes ACD (bouchon jaune) de 8.5mL |

Commentaires : _____

Médecin prescripteur

Nom: _____ Date : ____ / ____ / ____
 AAAA / MM / JJ

Consigne : Acheminer ce formulaire avec le prélèvement

Laboratoire d'Immunologie et Histocompatibilité
 CHUL du CHU de Québec-Université Laval
 2705, boulevard Laurier, local R-00750
 Québec, QC G1V 4G2
 Téléphone : 418 525-4097
 Télécopieur : 418 525-4524

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME POURRAIT ÊTRE REFUSÉE

VERSION TEMPORAIRE