

Ministère de la santé publique
EPS Charles Nicolle
Laboratoire D'Immunologie
Pr. Yousr GORGI

.....

Date:.....

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-HLA

Service/Consultation:.....

N°Admission /N°Soin :

Nom:.....

Prénom :.....

Age :.....

Renseignements Cliniques:

Insuffisance rénale chronique

Date du début de dialyse

Présence de phénomène immunisant

Non

☐

Oui

☐

Date du phénomène Immunisant:.....

Transfusions

☐

Grossesses/IVG

☐

Greffe antérieure

☐

Recherche d'anticorps anti-HLA:

Bilan antérieur

Date:

Résultats: Ac anti-HLA: Négatifs

☐

Ac anti-HLA: Positifs

☐

Classe I

☐

Classe II

☐

MICA

☐

Transplantation rénale

Date de la transplantation:.....

Délai post-greffe:

< 3mois

☐

De 3 mois à 1an

☐

>1an

☐

Signature et cachet