

Laboratoire d'immunologie

Demande de bilan immunologique dans le cadre d'une transplantation rénale

Réservé au laboratoire

Date de la réception de la demande :
Le...../...../.....

Etiquette du laboratoire
Receveur

Etiquette du laboratoire
Donneur

Identification du patient

RECEVEUR

Nom et Prénom : Date de naissance : Le...../...../..... Genre : H ☐ F ☐
Hôpital : Service demandeur : Externe ☐ Hospitalisé ☐
N° de soins : Matricule : N° de dossier :
Tél :
▪ **Candidat pour inscription sur la liste d'attente** ☐ **Groupe sanguin (Receveur) :**
▪ **Candidat à un donneur apparenté** ☐ **Etiquette d'admission**
Receveur

DONNEUR

Nom et Prénom : Date de naissance : Le...../...../..... Genre : H ☐ F ☐
N° de soins : Matricule : Tél :
Lien de parenté receveur/donneur : **Groupe sanguin (Donneur) :**

Bilan immunologique

Type de prélèvement : Sang

1) **Typage HLA*** du : Receveur ☐ Donneur ☐
2) **Recherche d'anticorps anti-HLA**** ☐
3) **Cross match***** par : LCT ☐ Cytométrie ☐
Date prévue de la greffe : Le...../...../.....

* Tube avec EDTA (4 tubes de 5ml)
** Tube Sec de 5 ml
*** Tube Sec de 5 ml et 4 tubes avec EDTA de 5ml (receveur)
*** 4 tubes avec EDTA de 5ml (donneur)

Renseignements cliniques (Receveur)

Bilan pré-greffe ☐

▪ **Néphropathie initiale**
▪ **Greffe préemptive** Oui ☐ Non ☐
▪ **Date du début de dialyse**/...../.....
Hémodialyse ☐ Dialyse péritonéale ☐

Immunsation anti-HLA¹ : phénomène immunisant

▪ **Transfusion** ☐ Nombre
Date de la dernière transfusion :/...../.....
▪ **Grossesse/Avortement** ☐
▪ **Transplantation antérieure** ☐ Nombre
Date de la/les transplantations antérieures :/...../.....

Suivi post-greffe ☐

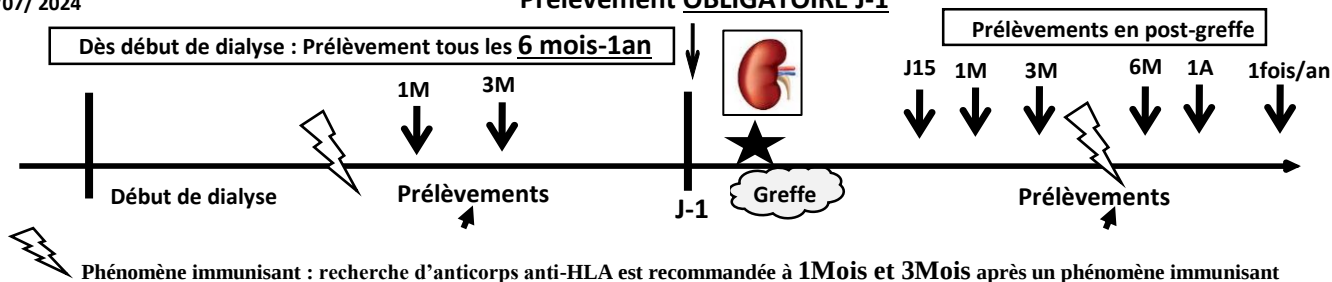
▪ **Date de la transplantation** :/...../.....
Donneur vivant ☐ Donneur cadavérique ☐
▪ **Bilan de contrôle (Voir instruction ci-dessous)**
☐ 15 jours ☐ 1 mois ☐ 3 mois
☐ 6 mois ☐ 1 an et plus
▪ **Présence d'une dysfonction du greffon** ☐
Biopsie(PBF) faite : Oui ☐ Non ☐ Résultat :
▪ **Détransplantation** ☐ Date :/...../.....

INSTRUCTIONS

Réf : BM-GD-IN-02
Version 29/07/ 2024

RECHERCHE ET SUIVI des anticorps anti-HLA

Prélèvement OBLIGATOIRE J-1



NB : Tout prélèvement doit être accompagné d'une demande correctement remplie et signée.

Identité du préleveur : Date et heure de prélèvement : Le...../...../..... à.....	<u>CONSENTEMENT</u>
Nom et prénom (LISIBLE) du prescripteur : Mail : Tél : Le...../...../..... Cachet et signature	Le laboratoire d'immunologie vous informe que vos données/échantillons biologiques collectés pourront être réutilisés, sauf opposition de votre part, de manière anonyme, en garantissant leur confidentialité, dans l'objectif de mener des projets de recherche qui visent à améliorer les connaissances scientifiques et à contribuer à une meilleur prise en charge thérapeutique. Je soussigné(e) Mr/Mme.....atteste avoir été informé(e) que mon accord préalable est indispensable pour mener de tels projets. * j'autorise l'utilisation de mes données /échantillons biologiques collectés en vue de leur réutilisation pour des projets de recherche : Oui ☐ Non ☐ Signature du patient

Réservé au laboratoire	Code laboratoire	Non-conformité pré-analytiques détectées au laboratoire d'immunologie Le...../...../.....	NC détectée(s)	par
	Non-conformités de prescription = NCDE (demande d'examens)			
	NCDE1	Absence de demande d'examens		
	NCDE2	Absence totale d'identification du patient sur la demande d'examens		
	NCDE3	Discordance d'identité		
	NCDE4	Nature des examens non précisée		
	NCDE5	Absence d'identification du service demandeur		
	NCDE6	Absence d'identification du prescripteur		
	NCDE7	Absence de date de prélèvement		
	NCDE8	Absence d'identification du préleveur de l'unité de la réception du laboratoire d'immunologie		
	NCDE9	Absence de renseignements cliniques pertinents (relatifs à l'indication de prestation)		
	Non-conformités de l'échantillon biologique = NCT (tube)			
	NCT1	Absence d'échantillon biologique		
	NCT2	Absence totale d'identification du patient sur l'échantillon		
	NCT3	Double étiquetage à deux identités différentes		
	NCT4	Discordance d'identité entre la demande d'examens et l'échantillon		
	NCT5	Échantillon biologique non conforme		
	NCT6	Prélèvement hémolysé		
	NCT7	Volume de prélèvement insuffisant		
	NCT8	Tubes de prélèvements non adéquats aux examens demandés		
	NCT9	Tubes de prélèvement périmés		
	Non-conformité relative à l'acheminement de l'échantillon biologique=NCA			
	NCA1	Délai d'acheminement dépassé		
	NCA2	Non - respect des conditions d'acheminement		

Autres :	Conduite à tenir
-------------------------------------	---