



CHUM

**REQUÊTE LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITÉ ET IMMUNOGÉNÉTIQUE
CLINIQUE DE TRANSPLANTATION**

Laboratoire du CHUM Pavillon F, 5^e étage, Local F05-1105, 1050, rue Sanguinet, Montréal, (Québec), H2X 1R6

* Obligatoire pour acceptation de l'échantillon

*** PRESCRIPTEUR :**

* Nom et prénom : _____
* Clinique ou bureau : _____
* Adresse de retour des résultats : _____

* Signature : _____
* Date : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT :

* Nom : _____
* Prénom : _____
* RAMQ : _____
N° de dossier CHUM : _____
Adresse : _____

INFORMATION SUR LE PATIENT

Prélèvement : Routine STAT Receveur Donneur Foie Pancréas Rein
Origine ethnique : _____ Cœur Poumon Multi-organes

SECTION RECEVEUR

Historique du receveur à compléter par le prescripteur

Nbre de grossesses : _____ Dernière transfusion : _____ Greffe antérieure : AAAA/MM
Traitement dans les six dernières semaines (avant ou après greffe) → IVIG ATG Campath Rituximab

ANALYSE DEMANDÉE :

(Consulter la légende pour les tubes à prélever)

Typage HLA ⁽¹⁾ THLAR
 PRA / Dépistage d'anticorps ⁽²⁾ AHLAR
 Spécificité anti-HLA donneur - DSA ⁽²⁾ → Remplir la SECTION C SAHLAD
 Épreuve de compatibilité - receveur (CM) ⁽²⁾ → Initiale Finale CHLAR

SECTION C – Motif de la demande de DSA

Surveillance de routine : ↓ (aucune dysfonction du greffon) Dysfonction du greffon : ↓ Perte de greffon
 3 mois 12 mois Glomérulopathie chron. prouvée par biopsie (bx)
 > 1 an suivi DSA Rejet prouvé par bx : ↓
 Rejet humoral Rejet cellulaire

SECTION DONNEUR VIVANT

(Consulter la légende pour les tubes à prélever)

Typage HLA donneur vivant ⁽³⁾ THLAD
 Typage HLA avec épreuve de comptabilité (CM) ⁽³⁾ → Initiale Finale TCHLAD
 Épreuve de compatibilité - donneur (CM) ⁽⁴⁾ → Initiale Finale CHLAD
Receveur : _____ Lien : _____ RAMQ _____

*** ATTESTATION DE TÉMOIN**

Je suis témoin du fait que cet échantillon a été identifié en présence du patient. J'ai vérifié que le nom, prénom et numéro d'identification sur le tube, sur le formulaire ou la carte d'hôpital / RAMQ sont identiques :

* Témoin : Patient Professionnel santé Autre : Nom : _____ Signature : _____

* Prélevé par : (nom complet) _____
* Signature : _____ Date du prélèvement : AAAA/MM/JJ Heure : _____

TUBES requis	1	2 tubes VERT FONCÉ (héparine sodium) 7 ml – 1 tube LAVANDE (4 ml) – 2 tubes ROUGES (7 ml)
	2	2 tubes ROUGES (7 ml)
	3	4 tubes VERT FONCÉ (héparine de sodium) 7 ml - 1 tube LAVANDE (4 ml)
	4	4 tubes VERT FONCÉ (héparine de sodium)

CHUM 1000, rue Saint-Denis, Montréal, (Québec), H2X 0C1