



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

Laboratoire du CHUM Pavillon F, 5<sup>e</sup> 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 <sup>(1)</sup> THLAR  
 PRA / Dépistage d'anticorps <sup>(2)</sup> AHLAR  
 Spécificité anti-HLA donneur - DSA <sup>(2)</sup> → Remplir la SECTION C SAHLAD  
 Épreuve de compatibilité - receveur (CM) <sup>(2)</sup> →  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 <sup>(3)</sup> THLAD  
 Typage HLA avec épreuve de comptabilité (CM) <sup>(3)</sup> →  Initiale  Finale TCHLAD  
 Épreuve de compatibilité - donneur (CM) <sup>(4)</sup> →  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