

Demande d'examen histocompatibilité pour le test cross-match

Le receveur	Le donneur
*Préciser le lien familial :	*Préciser le lien familial :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Sexe : ☐ F ☐ M	Sexe : ☐ F ☐ M
Origine géographique :	Origine géographique :

Le prescripteur
Médecin / Laboratoire :
Téléphone :
Adresse :/ ville :

Résultats typage HLA classe I et II					
Receveur			Donneur		
HLA CLASSE I		HLA CLASSE II	HLA CLASSE I		HLA
A *..... A*.....	DRB1*.....	DRB1*.....	A *..... A*.....	DRB1*.....	DRB1*.....
B*..... B*.....	DQA1*.....	DQA1*.....	B*..... B*.....	DQA1*.....	DQA1*.....
C*..... C*.....	DQB1*.....	DQB1*.....	C*..... C*.....	DQB1*.....	DQB1*.....
	DPA1*.....	DPA1*.....		DPA1*.....	DPA1*.....
	DPB1*.....	DPB1*.....		DPB1*.....	DPB1*.....

Résultats d'anticorps anti HLA					
☐ Sérum Du/...../.....		CLASSE I		CLASSE II	
		Négatif	Positif	Négatif	Positif
Résultats d'Anticorps anti HLA classe I et II (dépistage) :		☐	☐	☐	☐
Résultats d'Anticorps anti HLA classe I_Single antigène* :		☐	☐	☐	☐
Résultats d'Anticorps anti HLA classe II Single antigène* :		☐	☐	☐	☐

***Si anticorps anti HLA positive merci de joindre les résultats de single antigène**

Contexte clinique	
Type de greffe : ☐ Greffe rénale ☐ Autre..... - Date de greffe : Incident immunisant : ☐ Transfusion ☐ Grossesse ☐ Fausse couche ☐ Transplantation précédente	Antécédents de maladies : ☐ Oui ☐ Non - Si Oui, préciser les maladies :

Crossmatch par LCT (À remplir par le laboratoire)	
RECEVEUR	DONNEUR
Type de prélèvement :	
☐ 2 Tubes Secs ☐ 1 Tube EDTA ☐ Sérum séparé	☐ 4 Tubes EDTA