

Fiche de demande d'examen d'histocompatibilité et de chimérisme

RECEVEUR	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 :

PRESCRIPTEUR
Médecin / Laboratoire : / Téléphone :
Adresse : / Ville :

TYPAGE HLA CLASSE I ET II	
Type de prélèvement : ☐ sang périphérique sur Tube EDTA	☐ Salive ☐ Ecouvillon buccal
☐ Génotypage HLA en vue d'une greffe d'organe	☐ Génotypage HLA en vue d'une greffe de cellules souches hématopoïétique
Préciser l'organe à greffer :	
GENOTYPAGE HLA CLASSE I	GENOTYPAGE HLA CLASSE II
☐ Locus A (HLA_A)	☐ Locus DR (HLA_DRB1)
☐ Locus B (HLA_B)	☐ Locus DR (HLA_DRB3,4,5) *
☐ Locus C (HLA_C)	☐ Locus DQ (HLA_DQA1/B1)
*pour certaines indications	☐ Locus DP (HLA_DP)

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-HLA	
Type de prélèvement : ☐ Sérum	*Joindre obligatoirement le résultat de typage HLA du donneur et du receveur
☐ Recherche d'Anticorps anti HLA class I et II (dépistage)	
☐ Recherche d'Anticorps anti HLA class I_Single antigen*	
☐ Recherche d'Anticorps anti HLA class II_Single antigen*	

CHIMERISME	
☐ Chimérisme pré-greffe	☐ Chimérisme post-greffe
☐ RECEVEUR ☐ DONNEUR	☐ Date de greffe :/...../.....
☐ Date de prélèvement :/...../.....	☐ Date de prélèvement :/...../.....

CONTEXTE CLINIQUE	
☐ HLA Maladie	☐ Inscription au registre national
Si oui, préciser type de maladie :	
☐ Suivi pré-greffe	☐ Suivi post-greffe
☐ Rejet humoral	
☐ Incident immunisant :	☐ Antécédents de maladies :
☐ Transfusion	☐ Oui
☐ Grossesse	☐ Non
☐ Fausse couche	Si Oui, préciser les maladies :
☐ Précédente transplantation	