



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

CHU DE BORDEAUX - LABORATOIRE IMMUNOLOGIE ET IMMUNOGÉNÉTIQUE

☎ HLA 16637 ☎ Cellulaire 14327

REFERENCES POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:

N° CelFacBio 3814 ☐ Libourne 610012 ☐ I. Bergonié 409309
☐ C. Perrrens 610001 ☐ Cadillac 610023 ☐ N° autre étab. ext. :

⚠ Concerne l'ABC ⚠
Coller ici :
l'étiquette bon de demande
sans masquer le prescripteur
merci

La non conformité de la demande d'examens peut entraîner la non réalisation des analyses

Etiquette du malade ou N° Cristal

Nom d'usage : Cachet du service (UG) Médecin prescripteur :
Nom de famille (de naissance) : **Date de prélèvement :**
Prénom : Téléphone **Heure de prélèvement (T0 si multitemps) :**
Sexe : Préleveur (nom, qualité) :
Date de naissance : / / Incidents survenus lors du prélèvement :
N° Identification :
Ville : CP :

📌 **Examens acceptés, conservés en période de garde, non réalisés 24h/24**

Les examens avec 🔄 sont réalisables 24h/24

Acheminer à température ambiante sauf 🌡 à +5° c

* Appel du biologiste par un médecin nécessaire pour conservation en garde

🌟 : Document complémentaire à joindre ou conditions particulières de prélèvement : Voir catalogue de biologie et pathologie <https://catbio.chu-bordeaux.fr>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

IMMUNOLOGIE CELLULAIRE [Sang - 1 tube EDTA 5 ml (bouchon violet) LBA – pot stérile]

Transport et Conservation à température ambiante

Immunophénotypes sanguins de 1^{ère} intention

<input type="checkbox"/>	ILT	Lymphocytes T (CD3/4/8)
<input type="checkbox"/>	IBNK	Lymphocytes T, B et NK (CD3/4/8/19/16/56) *
<input type="checkbox"/>	ILTDR	Lymphocytes T activés (CD3/4/8/HLA-DR)
<input type="checkbox"/>	ICD2	Suivi traitement sérum anti-lymphocytaire (CD2)

Examens spécialisés (justification clinique obligatoire)

<input type="checkbox"/>	ILTGD	Lymphocytes T gamma delta
<input type="checkbox"/>	ISPB	Lymphocytes B naïfs/mémoires
<input type="checkbox"/>	ISPT	Lymphocytes T naïfs/mémoires
<input type="checkbox"/>	ILTREG	Lymphocytes T régulateurs
<input type="checkbox"/>	ICAR191	Quantification CAR-T cells anti CD19

<input type="checkbox"/>	ICD46	Syndrome Hémolytique et Urémique Atypique 📌
<input type="checkbox"/>	IAB	Syndrome lymphoprolifératif auto-immun (ALPS)
<input type="checkbox"/>	ILBA	Lavage broncho-alvéolaire
<input type="checkbox"/>	ILTX	Liquide biologique autre – préciser :

TB-SPOT-TB [2 tubes héparinés 7ml (vert foncé)]
Accord préalable du laboratoire indispensable (☎ 14327)

- Immuno-dépression T connue CD4 <400/μL ou lymphocytes <1000/μL
 Antériorité de QuantiFERON® indéterminé

ITBS T-SPOT.TB ➡ **Autres cas : bon MYCOBACTERIES (vert)**

IMMUNOGENETIQUE ET MALADIES [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

Examen des caractéristiques génétiques : Joindre l'attestation de consultation et le consentement éclairé signés 🌟

Analyse demandée	Contexte	Analyse demandée	Contexte
<input type="checkbox"/> IHB27S HLA-B*27	Spondylo-arthrites	<input type="checkbox"/> IDR1 HLA-DRB1; DQA1; DQB1	Diabète Insulino-Dépendant
<input type="checkbox"/> IHB27U HLA-B*27	Uvéïte	<input type="checkbox"/> IDRPR HLA-DRB1	Polyarthrite rhumatoïde
<input type="checkbox"/> IHB57 HLA-B*57:01	Hypersensibilité à l'abacavir	<input type="checkbox"/> IDQCO HLA-DQB1; DQA1	Maladie coeliaque
<input type="checkbox"/> IHB51 HLA-B*51	Maladie de Behçet	<input type="checkbox"/> IDQNA HLA-DQB1*06:02	Narcolepsie
<input type="checkbox"/> IHA2 HLA-A*02:01	Traitement par tebentafusp	<input type="checkbox"/> IHLAU Autre susceptibilité recherchée :	
<input type="checkbox"/> IHA29 HLA-A*29	Choriorétinopathie de Birdshot		Préciser le(s) locus(i) à typer

HLA ET TRANSPLANTATION D'ORGANE

1 - TYPAGE HLA

Receveur d'organe : ITYO1 1^{ère} Détermination
Contexte : ORGA ITYO2 2^{ème} Détermination A prélever >24h après la 1^{ère} détermination

Donneur d'organe vivant⁽¹⁾ : ITYD1 1^{ère} Détermination
Contexte : ORGA ITYD2 2^{ème} Détermination

Donneur d'organe décédé : ITCAD Typage en urgence 🔄

[1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

⁽¹⁾ Précisez le lien avec le receveur puis son nom
(ex: Père de Mr DUPONT Jean)

2 - ANTICORPS ANTI-HLA 📌

IAHLA Dépistage +/- Identification Contexte : ORGA
Patient traité par Anti-CD20 Immunoglobulines IV

Suivi pré-greffe systématique
 Suivi post-greffe systématique : M1 M3 M12 Bilan annuel
 Suivi pré ou post sur indication : Biopsie greffon non systématique Réinscription
 Transplantectomie le Désimmunisation
 Transfusion le

[2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]

**En cas d'urgence,
contacter le Biologiste d'astreinte**

3 - CROSS-MATCH

IXHLA Crossmatch en cytométrie en flux 🔄

Receveur d'organe : REIN FOIE COEUR POUMON

**[3 tubes ACD 8,5 ml (bouchon jaune)
+ 2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]**

Donneur d'organe : Donneur décédé
 Donneur vivant – préciser le nom du donneur et le lien avec le
receveur (ex DUPONT Louis, son père) :

**[2 ou 3 ganglions et/ou 1 morceau de rate]
[4 tubes ACD 8,5 mL (bouchon jaune)]**

HLA ET GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:**

Prescription d'un bilan en vue pour un receveur au diagnostic, cocher **ITYO1** et **IAHLA** (receveur)
d'une greffe de CSH : pour un receveur au bilan pré-greffe, cocher **ITYO2**, **IAHLA** (receveur) et **IGCHI**
pour une recherche de **donneur intrafamilial**, cocher **ITYD1**
pour le bilan pré-don d'un **donneur intrafamilial**, cocher **ITYD2** et **IAHLA** (donneur)

1 - TYPAGE HLA

Receveur : **ITYO1** 1^{ère} Détermination au diagnostic [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]#
Contexte : CSH # Si blastose sanguine : urines (pot stérile) ou Kit cellules jugales
 ITYO2 2^{ème} Détermination A prélever >24h après la 1^{ère} détermination [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)] ##
et hors période blastique obligatoirement ## Si patient en aplasie : Kit salivaire
et/ou 3 tubes EDTA 7 ml (bouchon violet)

Donneur familial⁽¹⁾ **ITYD1** 1^{ère} Détermination lors de la recherche [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
ou non apparenté :
Contexte : CSH **ITYD2** 2^{ème} Détermination [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

⁽¹⁾ Précisez le lien avec le receveur puis son nom (ex: Père de Mr DUPONT Jean) :

2 - ANTICORPS ANTI-HLA

Receveur : **IAHLA** Dépistage +/- Identification Patient non greffé [2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
Contexte : RCSH Patient greffé

Donneur : **IAHLA** Dépistage +/- Identification si choisi comme donneur [2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
Contexte : DCSH

3 - CHIMERISME

IGCHI Etude des profils pré-allogreffe [2 tubes EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 IECHI Etude du chimérisme post-allogreffe (SANG) [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 IECHIM Etude du chimérisme post-allogreffe (MOELLE) [1 tube EDTA 5 ml (bouchon violet)]

Date dernière allogreffe :

Contexte de prescription : Suivi systématique Suspicion de non prise de greffe Suspicion de rechute Autre.....

4 - CENTRE DONNEUR

ITDVM Typage DVMO [1 tube EDTA (bouchon violet)]
 IEXDE Extraction d'ADN [1 tube EDTA ml (bouchon violet)]

INEFFICACITE TRANSFUSIONNELLE PLAQUETTAIRE (ITP)***

*** Joindre obligatoirement une copie du signalement d'ITP déclaré ds KALIWEB Hémovigilance ou l'envoyer par fax au 96079

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Date de la dernière transfusion : Suivi ITP : oui non

IAHLA Dépistage +/- Identification des anticorps anti-HLA Contexte : TRF [2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
 ITGAB Typage HLA classe I (si jamais réalisé auparavant) à l'initiative du biologiste + 1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 IACPL Allo-anticorps anti-plaquettes (contexte ITP) [2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
 ITYPL Génotypage HPA plaquettaire à l'initiative du biologiste + 1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]

INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE / THROMBOPENIE NEONATALE

Examen des caractéristiques génétiques : Joindre l'attestation de consultation et le consentement éclairé signés + fiche de renseignement OBLIGATOIRE Voir catalogue de biologie et pathologie <https://catbio.chu-bordeaux.fr>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Mère : Nom de l'enfant : [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 ITYPL Génotypage HPA plaquettaire + 2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge)]
 IACPL Allo-anticorps anti-plaquettes (contexte IFM)

Père : Nom de l'enfant : [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 ITYPL Génotypage HPA plaquettaire

Enfant (si possible) : Nom de la mère : [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)] §
 ITYPL Génotypage HPA plaquettaire

§ Pour les prélèvements pédiatriques, prélèvement sur microméthode EDTA (bouchon violet) possible - volume minimal de 0,5 ml

Les examens avec  sont réalisables 24h/24 **URGENCES** : cocher la case

URGENT