



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 entrainer la non réalisation des analyses

Etiquette du patient ou N° Cristal Médecin prescripteur :

Nom d'usage : Cachet du service (UG)

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

Immunophénotypages 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	Activation lymphocytaire T (CD3/4/8/HLA-DR)
Immunophénotypage selon contexte :		
<input type="checkbox"/>	ICD2	Suivi traitement sérum anti-lymphocytaire (CD2)
<input type="checkbox"/>	IBNK	Suivi traitement ciblant les lymphocytes B (anti-CD20)(CD19)
<input type="checkbox"/>	ILTGD	Suivi lymphocytes T γδ2- (transplantation)
<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"/>	ILTREG	IPEX Syndrome (+1 tube témoin obligatoire)

Examens spécialisés (justification clinique obligatoire)

<input type="checkbox"/>	ISPT	Lymphocytes naïfs/mémoires T
<input type="checkbox"/>	ISPB	Lymphocytes naïfs/mémoires B
<input type="checkbox"/>	ILTGD2	Lymphocytes T gamma delta
<input type="checkbox"/>	ILTREG	Lymphocytes T régulateurs
<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"/> IDRD	HLA-DRB1; DQA1; DQB1 Diabète Insulino-Dépendant
<input type="checkbox"/> IHB27U	HLA-B*27 Uvéite	<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

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

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

[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 d'une greffe de CSH : pour un receveur au diagnostic, cocher **ITYO1** et **IAHLA** (receveur)
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 et hors période blastique obligatoirement [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)] ##
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 ou non apparenté : [1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
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) et + 1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 ITGAB Typage HLA classe I (si jamais réalisé auparavant) à l'initiative du biologiste
 IACPL Allo-anticorps anti-plaquettes (contexte ITP) [2 tubes secs 7 ml (bouchon rouge) et + 1 tube EDTA 7 ml (bouchon violet)]
 ITYPL Génotypage HPA plaquettaire à l'initiative du biologiste

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