CHU CAEN NORMANDIE

Pôle Biologie / Immunologie / HLA

Accueil des prélèvements à l'ABC de 6h00 à 20h30 (poste 5368)

HLA
poste 5949

HLA-CHIM-V01-09/21

OBLIGATOIRE

Date de prélèvement ☐☐ ☐☐ ☐☐

Heure de prélèvement ☐☐ ☐☐

Prescripteur
Date : ...../...../.....
Signature :

Préleveur

Signature :

ETUDE DU CHIMERISME POST-GREFFE ALLOGENIQUE

Date de la greffe :

Donneur : M F
Familial ☐
Fichier ☐

Origine des CSH :
Moelle ☐
CSP ☐
Cordon ☐

Type de conditionnement :
Standard ☐
Attenué ☐
Séquentiel ☐

Diagnostic :

Renseignements cliniques :

Examens demandés :

Prélèvement Pré-greffe (GENOTYPAGE) :
Receveur ☐
Donneur ☐

Etude Chimérisme :
☐ J30 ☐ J60 ☐ J90 ☐ à 1 an ☐ à 2 ans

Autre ☐ Contexte clinique : .....

Prélèvements : ☐ SANG ☐ MOELLE

Conditions de prélèvement :

Sang:
-si leucocytes >=3x10^9 / l : 4 tubes EDTA
-si leucocytes <3x10^9 / l : 8 tubes EDTA

Moelle : 2 ml sur EDTA

LABORATOIRE

RECEPTION DE LA DEMANDE

Demande Conforme : ☐ **OUI** ☐ **NON** (préciser)
☐ Service averti par téléphone ou Fax
☐ Demande régularisée
☐ Dérogation
☐ Demande refusée

Nombre d'échantillons reçus :

Identité concordante sur tous les tubes reçus : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Signature :

REVUE DE LA DEMANDE

Signature ou visa

DATE DE RECEPTION

IDENTITE DU PATIENT
(coller l'étiquette d'identification)
Nom de NAISSANCE : .....
Prénom : .....
Nom marital (d'usage) : .....
Date de naissance : ..../..../....
Sexe : M ☐ F ☐

Etiquette UF

Cadre réservé laboratoire
(Code d'examen)

(N°demande)