

REQUÊTE POUR TYPAGE HLA ET IDENTIFICATION DES ANTICORPS ANTI-HLA POUR GREFFE DE CELLULES SOUCHES

 ROUTINE

 AUSSITÔT QUE POSSIBLE

 URGENT

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT RECEVEUR

Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucasienne <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Premières nations <input type="checkbox"/> Autre/Pays : _____ Prélèvement (Nature/nombre) : _____ Sérum : _____ EDTA : _____ Frottis : _____ ADN : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____ Heure : _____ CAS DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° de référence: _____	Patient : Imprimer Carte d'assurance-maladie ou indiquer l'identification du patient (NOM ET PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE et # DOSSIER DE L'HÔPITAL)
--	---

Patient
Receveur

Réservé à Héma-Québec # Individu EdgeLab	IND-00057
---	-----------

Centre greffeur : _____ Médecin greffeur : _____	Centre hospitalier : _____ Médecin traitant : _____ # Permis: _____
---	---

Diagnostic : _____ Le patient est-il en rémission : Non Oui

Le patient greffé: Non Oui Allogreffe Autogreffe Date de la greffe (jj-mm-aaaa) : _____

Demande	Typage HLA : <input type="checkbox"/> Typage initial <input type="checkbox"/> Confirmation pré-greffe Anticorps anti-HLA (Classe I et II) : <input type="checkbox"/> pré-greffe (cellules souches) <input type="checkbox"/> post-greffe (cellules souches) Autre (précisez) : _____
----------------	---

Indication de la demande	Pour Tous les CH : <input type="checkbox"/> Apparentés <input type="checkbox"/> Bilan pré-greffe (autologue) <input type="checkbox"/> Demande spéciale ou Diagnostic lié au système HLA (Spécifier le locus, l'allèle et la résolution s'il y a lieu): _____	Pour les Centres Greffeurs : <input type="checkbox"/> Apparentés et si non compatible, non apparentés <input type="checkbox"/> Non apparentés <input type="checkbox"/> Haplo identique
---------------------------------	---	---

FRATRIE		# tubes	PÈRE/MÈRE		# tubes
IND-00057 Fratrie 1	Nom : _____ Prénom : _____ DDN/RAMQ : _____ Prélèvement Date/heure : _____		IND-00057 Père	Nom: _____ Prénom: _____ DDN/RAMQ: _____ Prélèvement Date/heure: _____	
IND-00057 Fratrie 2	Nom: _____ Prénom: _____ DDN/RAMQ: _____ Prélèvement Date/heure: _____		IND-00057 Mère	Nom: _____ Prénom: _____ DDN/RAMQ: _____ Prélèvement Date/heure: _____	

Personne contact : _____ Téléphone : _____ Date de l'envoi (jj-mm-aaaa) : _____

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

REQUÊTE POUR TYPAGE HLA ET IDENTIFICATION DES ANTICORPS ANTI-HLA POUR GREFFE DE CELLULES SOUCHES

ÉCHANTILLONS REQUIS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<p>Typage HLA :</p> <p>Si décompte de cellules nucléées $\geq 2 \times 10^9/L$ (normal):</p> <p style="padding-left: 20px;">15mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5mL ou moins, non réfrigérés.</p> <p>Si décompte de cellules nucléées $< 2 \times 10^9/L$:</p> <p style="padding-left: 20px;">Minimum de 35mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5mL ou moins, non réfrigérés.</p> <p>Si décompte de cellules nucléées $< 1 \times 10^9/L$:</p> <p style="padding-left: 20px;">Utiliser une trousse de prélèvement de frottis buccaux d'Héma-Québec.</p> <p>Dépistage/Identification des anticorps anti-HLA :</p> <p style="padding-left: 20px;">10 mL de sang coagulé (rouge) ou 5 mL de sérum décanté.</p>	<p>Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nom et numéro d'identification unique du patient ou de la fratrie, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie 2. Date de prélèvement 3. Initiales de la personne qui a fait le prélèvement <p>NOTE 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés.</p> <p>NOTE 2 : Les tubes avec gel séparateur et les sérums provenant de tubes avec gel séparateur ne sont pas acceptés.</p> <p>NOTE 3 : Les échantillons de sérum requièrent un traitement dans les 48 heures après le prélèvement, à défaut de quoi les résultats de l'analyse seront sous réserve.</p>

PROCÉDURE POUR L'ENVOI DES ÉCHANTILLONS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<ul style="list-style-type: none"> - Au besoin, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à température ambiante. - Veuillez emballer les tubes de façon à assurer la sécurité de l'ensemble des intervenants et l'intégrité des échantillons. - Les échantillons doivent être expédiés à la température de la pièce. <p>Pour les envois provenant de l'extérieur de la région de Montréal, communiquer au laboratoire le numéro de connaissance et les modalités/horaires de l'expédition au numéro suivant : (514) 832-5000 ou 1-888-666-HEMA (4362) poste 6300</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le transport par TAXI est aux frais de l'hôpital. - Acheminer la requête complétée avec les prélèvements par l'intermédiaire de votre banque de sang. - Utiliser une requête par étude de cas. 	

Adresser le colis de façon à ce que l'adresse soit mise en évidence et joindre le ENR-00522 (LSC-ENR-030) *Envoi des centres hospitaliers à Héma-Québec*

Laboratoire de Référence (LR) - Immunologie leucocytaire

4300, rue Garand
Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3
Téléphone : (514) 832-5000 poste 6300
Télécopieur : (514) 832-0271
Sans frais : 1-888-666-HEMA (4362)
Heures d'ouverture : Lundi au vendredi de 7h à 23h.

TERMES ET CONDITIONS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<p>Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux typages HLA et identification d'anticorps (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire d'immunologie leucocytaire d'Héma-Québec pour les établissements (ci-après le « Client »). Ces termes et conditions ont préséance et remplacent les termes et conditions de tout bon de commande émis par le Client.</p>	
<p>1. Facturation et paiement</p> <p>Lorsqu'applicable, Héma-Québec émet au Client une facture qui identifie, entre autres, la nature et la date de l'Analyse effectuée ainsi que le tarif de celle-ci. Au tarif stipulé s'ajoutent les taxes applicables. Le paiement doit être effectué par le Client dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la facture. Un frais d'intérêt de 1,5% par mois (18% par an) sera exigible sur le solde de toute facture en souffrance.</p>	
<p>2. Conditions d'exécution des services</p> <p>Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des analyses.</p> <p>Compte tenu que les délais peuvent varier selon la nature, la complexité et l'urgence des Analyses à effectuer, Héma-Québec ne peut s'engager à fournir les résultats dans un délai précis. Héma-Québec déploiera les efforts raisonnables pour transmettre les résultats d'Analyse dès que possible mais ne pourra être tenue responsable de quelque dommage que ce soit, résultant d'un retard à fournir les résultats d'Analyse.</p> <p>De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions que vous entreprendrez suite à l'obtention des résultats.</p>	
<p>3. Confidentialité</p> <p>Tous les renseignements confidentiels échangés dans le cadre des présentes doivent être traités de manière confidentielle par les parties.</p>	