Hôpitaux Universitaires Genève

**DIAGNOSTIQUE / Laboratoires de transplantation et de thérapie cellulaire**
Centre d'accueil des prélèvements (CAP)
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire d'immunologie de transplantation (UIT) et**
**Laboratoire national de référence pour l'histocompatibilité (LNRH)**

# UIT-LNRH

https://www.hug.ch/feuilles-de-demande

Responsables des laboratoires : Dre Sylvie Ferrari-Lacraz FAMH, RL
Dr Stéphane Buhler, FAMH, RT
Labo direct ou résultats : Tél : (022 37) 29 406 / (022 37) 29 396
E-mail : L-N-R-H@hug.ch
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M. ❑ Mme ❑ (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:……

**EDS**……

Nom de jeune fille :……

Prénom :……

Date de naissance : ..... / ..... / ……

**Représentant légal si patient mineur :** ❑père ❑mère

**Nom/prénom : ……..**

Rue/N°:……

Localité, No postal :……

Unité d'hospitalisation : …… Médecin :……

**Patient :** ❑Ambulatoire ❑Hospitalisé

**Adresse pour facturation**: ❑Patient ❑Demandeur ❑Assurance
**Nature du cas** : ❑Maladie ❑AI ❑Accident ❑Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : ……

**Assurance** : …… **N° Assuré :** ……

***Prescripteur*** *(Nom/*Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - *Tel* - ***adresse mail HIN*****) :**

**Médecins en copie** *(Nom/*Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - *Tel* - ***adresse mail HIN)*** : *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

**Votre référence :**

**Prélèvement du :** Heure :

**Renseignements ( diagnostic et/ou traitement etc.) :**

**Pas de prélèvements le vendredi ou les veilles de jours fériés sauf en cas d'urgence et après entente préalable avec le laboratoire.**

☐ **Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG.**

## Anticorps lymphocytotoxiques et cross-match

☐ Anticorps anti-HLA (6 ml Sg)

*☐ Cross-match lymphocytaire pour greffe
(6 ml de Sg du receveur + 2 x 8.5 ml de Sg ACD du donneur)

*☐ Auto-anticorps lymphocytotoxiques
(6 ml de Sg du receveur + 2 x 8.5 ml de Sg ACD du receveur)

## Groupage HLA

☐ Groupage HLA (E6 ou Frot.bouche)

- O pour receveur de moelle ou de cellules souches (patient)
- O pour membre de famille de patient
  - O pour receveur d'organe
  - O pour donneur d'organe

☐ Groupage HLA de contrôle pour recherche de donneur non-apparenté (E6 ou Frot.bouche)

☐ Groupage HLA-A,B pour transfusion de plaquettes (E6 ou Frot.bouche)

- O donneur
- O receveur

☐ Congélation de cellules (5 x 8.5 ml de Sg ACD)

☐ Cohorte pour receveur d'organe (3 x 8.5 ml de Sg ACD)

## Chimérisme sur sang

☐ Bilan pré-transplantation receveur 5 x 8.5 ml de Sg ACD + 6 ml de Sg

☐ Bilan donneur (5 x 8.5 ml de Sg ACD)

☐ Chimérisme total post greffe (1 x 8.5 ml de Sg ACD)

☐ Chimérisme total + CD3 (1 x 8.5 ml de Sg ACD)

## Chimérisme sur moelle

☐ Chimérisme total post greffe (E6)

☐ Chimérisme total + CD34 (E6)

## ADN libre circulant dérivé du donneur

*☐ ADN libre circulant [na] (1 x tube Streck Cell-Free DNA BCT 10 ml)

***Seulement sur rendez-vous téléphonique avec le laboratoire et/ou entente préalable avec le responsable du laboratoire**

Sg = sang natif (Hémogard rouge 6 ml)
Sg ACD = sang ACD 10% (Hémogard jaune clair 8.5 ml)
E6 = sang EDTA (Hémogard mauve 6 ml, Pédiatrie 3 ml)
Frot.bouche = Muqueuse (Frottis de bouche sur écouvillon stérile)

Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande au laboratoire ou à l'adresse http://www.hug-ge.ch/feuilles-de-demande

**La recherche d'Antigènes/Allèles isolés se fait dorénavant sur une demande indépendante : UIT-LNRH-Gen.**

[na] = non accrédité