

Laboratoire de Biologie Médicale CH ARRAS

☐ **URGENT**☐ Ajout sur prélèvement déjà réceptionné par le laboratoire**Identité Patient**

Nom
Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Sexe

Cachet du service**Prescripteur :** _____

☐ Médecin ☐ Interne ☐ Sage-femme

Date et heure de prélèvement : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ min**Préleveur :** _____

☐ IDE ☐ SF ☐ autre : _____

HLA pour patient d'Hémodialyse

<u>Envoi pour PARIS</u> TYPAGE HLA ANTICORPS Anti HLA	☐ HLAPA (1 Tube EDTA) ☐ AAHPA (1 Tube Sec)
<u>Envoi pour LILLE</u> TYPAGE HLA ANTICORPS Anti HLA	☐ HLARR (1 Tube EDTA) ☐ AALEU (1 Tube Sec)
<u>Envoi pour AMIENS</u> TYPAGE HLA ANTICORPS Anti HLA	☐ HLAGA (1 Tube EDTA) ☐ HLAAM (1 Tube Sec)

Pour tout patient inscrit sur liste de greffe (CIT ou liste active) :

- Typage HLA : à prélever 1 seule fois
- Anticorps anti-HLA : à prélever tous les 3 mois