



Hôpital Robert Debré
Laboratoire d'immunologie
Point Jaune – Bâtiment E. Bingen
niveau -1
Poste : 2329 - Fax : 4776

Immunogénétique

URGENT : OUI NON

ETIQUETTE
PATIENT

Service demandeur :

N° Téléphone :

Nom du Prescripteur :
.....

Nom du préleveur :
.....

Date du prélèvement :/...../.....

Heure du prélèvement :

Renseignements cliniques :

Typage HLA familial de 1^{ère} intention pour greffe de moelle (en dehors du patient) = 2 tubes de 7 ml sur EDTA ou ACD (sur rendez-vous)

Typage HLA du patient de 1^{ère} intention pour greffe de moelle = 2 tubes de 7 ml sur EDTA ou ACD (sur rendez-vous)

Typage HLA de 2^{ème} intention pour greffe de moelle = 2 tubes de 7 ml sur EDTA ou ACD

Typage HLA dans le cadre d'une association « HLA et maladie » (DID, PR) = 7 ml sur EDTA ou ACD

Typage HLA et narcolepsie = 7 ml sur EDTA ou ACD

Typage HLA et maladie cœliaque = 7 ml sur EDTA ou ACD

Recherche de l'allèle B27 = 7 ml sur EDTA ou ACD

Recherche de l'allèle HLA-B*57:01

Autre :

Cadre réservé au laboratoire
N° Informatique :

PS : Joindre obligatoirement à cette demande, un consentement éclairé, dûment rempli



RD-IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE

**Formulaire de prescription manuelle secteur
immunogénétique**

Ref : RD-IM-TOUS-DE-019

Version : 02

Applicable le : 05-12-2016



--	--