


**DEMANDE DE TYPAGE HLA**

| LABORATOIRE PRÉLEVEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PRÉLÈVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| N° Client: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/> <input type="text"/><br>Cachet obligatoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Date de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Sang total EDTA (&gt;5mL) Envoi en réfrigéré sous 5 jours maxi (température ambiante tolérée)</b>                                                                                                                                                         |  |
| PATIENT(E)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PRESCRIPTEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| NOM .....<br>PRÉNOM .....<br>Nom de naissance .....<br>Adresse .....<br>CP ..... Ville .....<br>Date de naissance : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NOM .....<br>PRÉNOM .....<br>Adresse .....<br>CP ..... Ville .....<br>Tél. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Adresse e-mail : ..... |  |
| CONTEXTE DE LA DEMANDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | EXAMEN PRESCRIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Spondylo-arthrite (et manifestations extra-articulaires associées)<br>B27(HLA classe I : B*27)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Antigène HLA-B27 par cytométrie en flux (Code OPL : 90401)<br>ou génotypage si test non concluant ou si délai pré-analytique >5jours<br><input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe I Locus B (allèle B*27 uniquement)<br>(Code OPL : GB27)                                                                                                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet (et manifestations associées aphtose, uvéïte)<br>B51(5) (HLA classe I : B*51)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe I Locus B (Code OPL : BHLA1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Chorio-rétinopathie type Birdshot (et uvéïte)<br>A29 (HLA classe I : A*29)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe I Locus A (Code OPL : AHLA1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde (rhumatismes inflammatoires chroniques)<br>DR1, DR4, DR10 et DR14 (HLA classe II : DRB1*01,*04,*10 et *14)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe II Locus DRB1 (Code OPL : HLADR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsie (hypersomnies et troubles de l'attention)<br>DQ6 (HLA classe II : DQB1*06:02)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 (Code OPL : HLADQ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque (et intolérance au gluten)<br>DQ2 (HLA classe II : DQA1*05:01/DQB1*02:01 et DQA1*05:05/DQB1*02:02)<br>et DQ8 (HLA classe II : DQA1*03/DQB1*03:02)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 et Locus DQA1<br>(Code OPL : HLDQA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| PHARMACOGÉNÉTIQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Dépistage avant traitement contenant de l'abacavir (HLA B57)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA-B*57 :01 (Code OPL : B5701)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Dépistage avant traitement par carbamazépine (HLA B15)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA-B*15 :02 et HLA-A*31 :01 (Code OPL : B1502)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Hyper-sensibilité à l'allopurinol (HLA B58)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Génotypage HLA-B*58 :01 (Code OPL : B5801)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5). Le(la) patient(e) a notamment été informé(e) :<br>1. De son droit à faire à tout le moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits,<br>2. Que le résultat de cet examen sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances.<br>Le(la) patient(e) autorise : |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| La conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| La transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique si nécessaire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| L'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| L'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie non utilisée des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct ou son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Fait à ..... le .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>IDENTITÉ DU PATIENT</b><br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Date de naissance : .....<br><br><b>SIGNATURE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL</b><br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Date de naissance : .....<br>Lien avec le patient : .....<br><br><b>SIGNATURE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>PRESCRIPTEUR</b><br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br><br><b>SIGNATURE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |