

REQUÊTE POUR TYPAGE HLA

Routine Aussitôt que possible Urgent

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

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 Autre : _____ Nombre de tubes envoyés : _____ Date de prélèvement (jj-mm-aaaa) : _____ CAS DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° de référence: _____	Imprimer Carte d'Assurance-Maladie ou indiquer l'identification du patient (INFORMATIONS MINIMALES REQUISES : NOM ET PRÉNOM DU PATIENT, DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE OU # DOSSIER DE L'HÔPITAL)
Réservé à Héma-Québec	SAH-IND-006
Centre Hospitalier : _____ Médecin traitant: _____	

RAISON DE LA DEMANDE	<input type="checkbox"/> Recherche de donneurs de cellules souches apparentés <input type="checkbox"/> Recherche de donneurs de cellules souches non apparentés (demande faite au registre de donneurs de cellules souches) <input type="checkbox"/> Diagnostic lié au système HLA <input type="checkbox"/> Autre demande : _____	Diagnostic : _____ Le patient est-il en rémission: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le patient a-t-il été greffé: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand (jj-mm-aaaa): _____
-----------------------------	--	--

Réservé à Héma-Québec	Nom	Prénom	Lien avec le patient	Nombre de tubes envoyés
Père ♂ SAH-IND-006				
Mère ♀ SAH-IND-006				
Fratrerie 1 SAH-IND-006				
Fratrerie 2 SAH-IND-006				
Fratrerie 3 SAH-IND-006				
Fratrerie 4 SAH-IND-006				
Fratrerie 5 SAH-IND-006				
Fratrerie 6 SAH-IND-006				
Fratrerie 7 SAH-IND-006				

ANALYSE (S) DEMANDÉE (S)	Typage HLA-A et B (basse résolution) (étude apparentée standard) <input type="checkbox"/> Typage HLA-C et DRβ1 (basse résolution)(suivant la compatibilité dans la famille) <input type="checkbox"/> Typage HLA-A, B, C, DRβ1 et DQβ1 (haute résolution)..... (Recherche de donneur non apparenté) <input type="checkbox"/> Demande spéciale (spécifier le locus, l'allèle et la résolution s'il y a lieu) : _____ Prendre note que toutes les analyses sont effectuées par biologie moléculaire.
---------------------------------	--

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

Section réservée Héma-Québec:	Date:	# Dossier HLA:
Requête révisée par (Technicien):		

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

REQUÊTE POUR TYPAGE HLA

ÉCHANTILLONS REQUIS

Si décompte de cellules nucléées $\geq 2 \times 10^9/L$ (normal):

15 mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5 mL ou moins, non réfrigérés.

Si décompte de cellules nucléées $< 2 \times 10^9/L$:

minimum de 35 mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5 mL ou moins, non réfrigérés.

Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :

1. Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie
2. Date de prélèvement
3. Initiales de la personne qui a fait le prélèvement

NOTE : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés

Procédure pour l'envoi des échantillons :

- 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.

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 6316

- 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 LSC-ENR-030

Laboratoire de Référence et des Cellules Souches (LRCS) - Immunologie leucoplaquettaire

4300, rue Garand
Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3
Téléphone : (514) 832-5000 poste 6316
Télécopieur : (514) 904-8554
Sans frais 1-888-666-HEMA (4362)

TERMES ET CONDITIONS

Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux typages HLA (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.

1. Facturation et paiement

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.

2. Conditions d'exécution des services

Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des analyses.

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.

De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions que vous entreprendrez suite à l'obtention des résultats.

3. Confidentialité

Tous les renseignements confidentiels échangés dans le cadre des présentes doivent être traités de manière confidentielle par les parties.