

# REQUÊTE POUR TYPAGE HLA

 ROUTINE

 AUSSITÔT QUE POSSIBLE

 URGENT

## INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT RECEVEUR

 Sexe :  Féminin  Masculin

Origine ethnique :

 Caucasienne  Noire  Asiatique

 Hispanique  Premières nations

Autre : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nombre de tubes envoyés : \_\_\_\_\_

Date de prélèvement (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

Heure de prélèvement : \_\_\_\_\_

 CAS ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC:  Non  Oui N° de référence: \_\_\_\_\_

Patient  
Receveur

 Réservé à Héma-Québec  
 # Individu Edge

IND-00057

 INFORMATIONS MINIMALES REQUISES : NOM ET PRÉNOM,  
 DATE DE NAISSANCE/ NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE  
 # DOSSIER DE L'HÔPITAL

Centre greffeur : \_\_\_\_\_

Médecin greffeur: \_\_\_\_\_

Centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

# Permis: \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

 Le patient en rémission:  Non  Oui

 Le patient greffé:  Non  Oui  Allogreffe  Autogreffe Date de la greffe : \_\_\_\_\_

 Demande de typage initial

 Confirmation pré-greffe

**Nature de la  
demande de  
greffe**

Recherche de donneurs de cellules souches :

 Apparentés

 Apparentés et si non compatible, non apparentés

 Non apparentés

 Haploidentique

 Bilan pré-greffe

 Demande spéciale ou Diagnostic lié au système HLA

- Spécifier le locus, l'allèle et la résolution s'il y a lieu: \_\_\_\_\_

### FRATRIE

# tubes

### PÈRE/MÈRE

# tubes

 IND-00057  
**Fratrie 1**

 Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 DDN/RAMQ: \_\_\_\_\_  
 Prélèvement  
 Date/heure: \_\_\_\_\_

 IND-00057  
**Père**

 Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 DDN/RAMQ: \_\_\_\_\_  
 Prélèvement  
 Date/heure: \_\_\_\_\_

 IND-00057  
**Fratrie 2**

 Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 DDN/RAMQ: \_\_\_\_\_  
 Prélèvement  
 Date/heure: \_\_\_\_\_

 IND-00057  
**Mère**

 Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 DDN/RAMQ: \_\_\_\_\_  
 Prélèvement  
 Date/heure: \_\_\_\_\_

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

### 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):

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

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

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

**Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :**

1. Nom et numéro d'identification unique du patient ou de la fratrie, 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 :

- Au besoin, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à température ambiante.
- 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 6300**

- 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 ENR-00522 (LSC-ENR-030) *Envoi des centres hospitaliers à Héma-Québec***

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

4300, rue Garand  
Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3  
Téléphone : (514) 832-5000 poste 6300  
Télécopieur : (514) 832-0271  
Sans frais : 1-888-666-HEMA (4362)  
Heures d'ouverture : Lundi au vendredi de 7h à 23h.

### 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.