



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-21-018

CIRCULAIRE

Ajout du centre et médecin greffeur aux requêtes de typage HLA (ENR-00327)

Le 7 mai 2021

**AU DIRECTEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU CHEF TECHNOLOGISTE/COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU RESPONSABLE DE LA BANQUE DE SANG**

Madame,
Monsieur,

Depuis un certain temps, les typages HLA font l'objet d'une demande accrue de retransmission dans les centres hospitaliers greffeurs lorsque ces derniers prennent en charge un patient en vue d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Pour se conformer à la norme ISO 15189, Héma-Québec est dans l'obligation d'établir des procédures documentées concernant la diffusion des résultats des analyses effectuées à HQ. De plus, en tant qu'organisme public, Héma-Québec est assujéti aux dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics* et sur *la protection des renseignements personnels*. Cela signifie que légalement, les résultats des analyses HLA appartiennent au patient ou au donneur. Il est donc obligatoire d'obtenir leur autorisation signée sur le formulaire AH-216 du MSSS pour nous permettre de transférer ces résultats à un médecin autre que le médecin ayant fait la demande initiale.

Dans le but d'aider les centres greffeurs à avoir en main rapidement les résultats de typages nécessaires en vue d'une greffe, nous vous demandons votre collaboration pour qu'au moment de l'envoi des échantillons et de la requête de typage HLA à Héma-Québec, vous puissiez confirmer que le champ « centre et médecin greffeur » est complété avec l'information adéquate (voir annexe 1).

Deux options s'offrent à vous :

1. Rechercher cette information auprès du médecin prescripteur / préleveur et l'inscrire sur la requête d'analyse HLA au moment de l'envoi des échantillons.
2. Si non spécifié, inscrire sur la requête le **centre greffeur** et **médecin greffeur associé** indiqué dans le tableau ci-dessous selon celui qui dessert votre centre hospitalier. Ces informations nous ont été fournies par les centres greffeurs qui desservent vos centres hospitaliers (votre centre hospitalier est actuellement associé à l'un de ces centres, selon votre corridor de service).



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-21-018

CIRCULAIRE

Nom du Centre greffeur	Nom du Médecin greffeur associé (si non inscrit)
Hôtel-Dieu de Québec	Dr Félix Couture
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Dr Imran Ahmad
Hôpital CUSM -GLEN	Dr Gisèle Popradi
Hôpital Enfant-Jésus	Dr Geneviève Gallagher

Il est prévu qu'à partir du 17 mai prochain, les demandes de transmission des résultats de typage HLA reçues à Héma-Québec en provenance des centres greffeurs qui ne sont pas spécifiés sur le formulaire de demande de typage HLA, devront être accompagnées du formulaire AH-216 rempli et signé par le patient. Pour éviter cette charge de travail supplémentaire aux centres greffeurs, nous vous prions de compléter correctement la requête de typage HLA ENR-00327 disponible sur notre site Web.

Nous vous invitons à consulter nos circulaires sur notre site Web à www.hema-quebec.qc.ca, dans la section intitulée *Professionnels de la santé/Produits sanguins/Circulaires d'information*.

Nous demeurons à votre disposition pour toute information additionnelle. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

Original signé par

Marie-Hélène Robert
Directrice au partenariat clinique avec les centres hospitaliers

- c. c. M^{me} Nathalie Fagnan, présidente et chef de la direction
M. Sébastien Gignac, vice-président au secrétariat général, risques et audits
M^{me} Christine Ouimet, vice-présidente à la chaîne d'approvisionnement
D^r Marc Germain, vice-président aux affaires médicales et à l'innovation
D^{re} Nancy Robitaille, vice-présidente à la médecine transfusionnelle
D^{re} Catherine Latour, directrice médicale en hématologie et cellules souches
M^{me} Marie-Claire Chevrier, directrice des laboratoires de référence
M. Louis-Philippe Gagné, directeur service à la clientèle et planification



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-21-018

CIRCULAIRE

ANNEXE 1

Produits sanguins Cellules souches Tissus humains		Laboratoire de référence et des cellules souches Immunologie leucocytaire	
REQUÊTE POUR TYPAGE HLA			
<input type="checkbox"/> ROUTINE		<input type="checkbox"/> AUSSÎT QUE POSSIBLE	
<input type="checkbox"/> URGENT			
INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT RECEVEUR			
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 <input type="checkbox"/> Premières nations Autre : _____ Pays : _____ Nombre de tubes envoyés : _____ Date de prélèvement (jj-mm-aaaa) : _____ Heure de prélèvement : _____ 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 (NOM ET PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE et # DOSSIER DE L'HÔPITAL) <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">Patient Receveur</div>	
Réservé à Héma-Québec # Individu EdgeLab		IND-00057	
Centre greffeur : _____ Médecin greffeur : _____		Centre hospitalier : _____ Médecin traitant : _____ # Permis : _____	
Diagnostic : _____ Le patient en rémission: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le patient greffé: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Allogreffe <input type="checkbox"/> Autogreffe Date de la greffe (jj-mm-aaaa) : _____			
<input type="checkbox"/> Demande de typage initial		<input type="checkbox"/> Confirmation pré-greffe	
Nature de la demande de greffe	Section Pour Tous les CH : <input type="checkbox"/> Apparentés <input type="checkbox"/> Bilan pré-greffe (autologue) <input type="checkbox"/> Demande spéciale ou Diagnostic lié au système HLA (Spécifier le locus, l'allèle et la résolution s'il y a lieu): _____		Section Pour les Centres Greffeurs : <input type="checkbox"/> Apparentés et si non compatible, non apparentés <input type="checkbox"/> Non apparentés <input type="checkbox"/> Haploidentique
FRATRIE		PÈRE/MÈRE	
# Tubes		# 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			
Date d'entrée en vigueur : 06-05-2019 GAB-00009(1)		RECTO-VERSO	
		ENR-00327(6) Page 1 de 2	

Champ à remplir