

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 DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC:
 Non Oui N° de référence: _____

**Réservé à Héma-Québec
 # Individu EdgeLab**

IND-00057

 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)

 Patient
 Receveur

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 (jj-mm-aaaa) : _____

 Demande de typage initial Confirmation pré-greffe

**Nature de
 la
 demande
 de greffe**

Section Pour Tous les CH :

 Apparentés
 Bilan pré-greffe (autologue)
 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 :

 Apparentés et si non compatible, non apparentés
 Non apparentés
 Haploidentique

FRATRIE

tubes

PÈRE/MÈRE

tubes

 IND-00057
Fratie 1

 Nom: _____
 Prénom: _____
 DDN/RAMQ: _____
 Prélèvement
 Date/heure: _____

 IND-00057
Père

 Nom: _____
 Prénom: _____
 DDN/RAMQ: _____
 Prélèvement
 Date/heure: _____

 IND-00057
Fratie 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.