



* Obligatoire pour acceptation de l'échantillon

* Required for sample acceptance

***Prescripteur / *Prescriber**

*Nom & prénom / Last & First name _____
 *No. permis / License # _____
 *Clinique, bureau / Clinic, Office _____
 *Adresse pour le retour des résultats _____
 *Address for return of results _____
 *Signature : _____ Téléphone : _____
 Prescripteur / Prescriber

*Nom / Last name : _____
 * Prénom / First name : _____
 *No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ : _____
 Adresse / Address : _____
 Si aucun no. de dossier ou RAMQ / If no MRN or RAMQ :
 * Date de naissance / or Birthdate 20____-____-____
 * Sexe / Gender : _____

Date : 20____-____-____ <i>de la requête / of request</i>	<input type="checkbox"/> Cellules souches <input type="checkbox"/> Coeur	<input type="checkbox"/> Receveur / Recipient
<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> STAT	<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Donneur / Donor : → Relation : _____
<input type="checkbox"/> Multi-organes / Multi-organ	Race : _____	Origine ethnique : _____

A Historique du receveur / Recipient history

N° grossesses / pregnancies _____ Dernière / last transfusion _____ aaaa-mm Greffe antérieure / previous transplant aaaa-mm

Traitement dans les dernières 6 semaines (avant ou après greffe) / Treatment in the last 6 weeks (before or after transplant) :

IVIG _____ ATG _____ Campath _____ Rituximab _____

B Analyses / Tests

Tubes - Typage /HLA Typing

2 tubes(10ml) ACD de préférence / preferred*
ou 2 tubes héparinés / heparinized (vert/green) + 1 tube EDTA (lavande / lavender)

Tubes - Anticorps/Antibodies

2 SST 7-10ml ou 2 tubes rouges/red

Tubes - Compatibilité /XM

Donneur : 4 tubes ACD
Receveur : 1 SST ou 1 tube rouge/red

Typage/ HLA typing → 1er Confirmation *Anticorps spécifique du donneur (ASD) Autre : _____
 PRA Dépistage d'anticorps / Ab Screen *Donor Specific Antibody (DSA)
 Compatibilité / Crossmatch (XM) Compléter / Complete
 Initiale / Initial Finale / Final **Section C**

C Motif de la demande / Reason for test request

Surveillance de routine (aucune dysfonction du greffon) Dysfonction du greffon / Perte du greffon /
 ↓ Routine monitoring (no graft dysfunction) ↓ Graft dysfunction Graft failure
 3 mois Suivi des ASD Glomérulopathie chronique prouvée par biopsie /Biopsy proven Transplant glomerulopathy
 12 mois Follow-up DSA Rejet prouvé par biopsie / Biopsy proven Rejection
 > 1 an Rejet humoral / Antibody mediated rejection
 Rejet cellulaire / Cellular rejection

***ATTESTATION de TÉMOIN**

***WITNESS ATTESTATION**

Je suis témoin du fait que cet échantillon a été identifié en présence du patient. J'ai vérifié que le nom, prénom et numéro d'identification sur le tube, sur le formulaire et sur le bracelet ou la carte d'hôpital / RAMQ sont identiques.

I have witnessed that this specimen was identified in the presence of the patient. I have verified that the full name and identification number on the tube, this form and the hospital bracelet or hospital/medicare card match exactly.

*Témoin / Witness : Patient Autre/Other : _____ Professionel de la santé / Health professional

*Nom / Name : X _____ *Signature X _____

*Phlébotomiste : *Nom complet : _____ *Date 20____-____-____
 *Full Name : _____ yy mm jj

Inf. Tech. MD *Signature : X _____ *Heure/Time : _____
 hh:mm

Envoyer ce formulaire au laboratoire HLA avec le(s) tube(s).
Chaque sac Ziploc doit contenir le(s) tube(s) d'un seul patient.
Respectez la manutention et température des échantillons.

Send this form with the tube(s) to HLA lab.
Each Ziploc bag must contain the tube(s) of only one patient.
Respect correct handling and temperature of samples.