

* Obligatoire pour acceptation de l'échantillon * Required for sample acceptance

***Prescripteur / *Prescriber**

*Nom & prénom / Last & First name _____
 *No. permis / License # _____
 *Clinique, bureau / Clinic, Office _____

Centre Hospitalier référant: CHUM HMR ICM CHUS
 Referring Hospital Center: HSJ Autre /Other _____
 *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 _____ - _____ - _____
 * Sexe / Gender : _____ aaaa-mm-jj / yyyy-mm-dd

Date : _____ - _____ - _____
 de la requête / of request
 aaaa/mm/jj yyyy/mm/dd
 Routine URGENT
 Cellules souches / Stem cells
 Coeur / Heart Foie / Liver
 Pancréas / Pancreas Rein / Kidney
 Multi-organes / Multi-organ

Receveur / Recipient
 Donneur / Donor
 Race / Race : _____
 Origine ethnique/ Ethnicity : _____

A Historique du receveur / Recipient history

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

<u>Tubes - Typage / HLA Typing</u> 1 tube EDTA (lavande / lavender)	<u>Tubes - Anticorps / Antibodies</u> 2 SST 7-10ml ou 2 tubes rouges/red	<u>Tubes - Compatibilité / Crossmatch (XM)</u> Donneur : 4 tubes ACD + 1 tube EDTA (lavande / lavender) Receveur : 1 SST ou 1 tube rouge/red
<input type="checkbox"/> Typage/ HLA typing → <input type="checkbox"/> 1er / st <input type="checkbox"/> Confirmation	<input type="checkbox"/> *Anticorps spécifique du donneur (ASD) / *Donor Specific Antibody (DSA)	<input type="checkbox"/> Autre /Other : _____
<input type="checkbox"/> PRA Dépistage d'anticorps / Antibody Screen	<input checked="" type="checkbox"/> *Compléter / Complete	_____
<input type="checkbox"/> Compatibilité / Crossmatch (XM)	Section C	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Initiale / Initial <input type="checkbox"/> Finale / Final <input type="checkbox"/> AutoXM		

Receveur/recipient: _____ Lien/relationship: _____ RAMQ: _____

C Motif de la demande / Reason for test request

<input type="checkbox"/> Surveillance de routine (aucune dysfonction du greffon)/ ↓ Routine monitoring (no graft dysfunction)	<input type="checkbox"/> Dysfonction du greffon / Graft dysfunction	<input type="checkbox"/> Perte du greffon / Graft failure
<input type="checkbox"/> 3 mois / months <input type="checkbox"/> Suivi des ASD / Follow-up DSA	<input type="checkbox"/> Glomérulopathie chronique prouvée par biopsie /Biopsy proven Transplant glomerulopathy	
<input type="checkbox"/> 12 mois / months	<input type="checkbox"/> Rejet prouvé par biopsie / Biopsy proven Rejection	
<input type="checkbox"/> > 1 an / year	<input checked="" type="checkbox"/> Rejet humoral / Antibody mediated rejection	
	<input type="checkbox"/> 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 : _____
 *Full Name : _____

*Date _____ - _____ - _____
 aaaa-mm-jj / yyyy-mm-dd

Phlebotomist :

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.