

NOM :

Prénom :

Date de naissance : M / F

Adresse du patient :

Mutuelle :

ou coller ici l'étiquette du patient

Case réservée au laboratoire

Cachet horodateur

Etiquette labo

Type de prélèvement :

EDTA
 COAGULE
 CITRATE
 HEPARINE
 SERUM
 AUTRE(S)
 INITIALES

NOM, prénom, adresse et code INAMI du médecin prescripteur

..... **URGENT** **A FAXER**
 **A TELEPHONER**

Date et signature :

Prélevé par : Date et heure: .../.../... àh.....

IMMUNOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

- Groupe ABO/Rh D
- Sous-groupes RhK C,c,E,e
- Recherche antigène D faible
- Phénotypage érythrocytaire (1) :
 - A, H, MN, P, Lewis, Lutheran
 - Kk, Ss, Jka, Jkb, Fya, Fyb, Kpa, Kpb
- Recherche d'anticorps irréguliers (2) :
 - Identification d'anticorps irréguliers
 - Titrage d'anticorps irréguliers

9 ml EDTA

- (1) Règles diagnostiques :**
- si** Anticorps irréguliers positifs
- Avant greffe d'organe ou moëlle osseuse
- Anémie chronique (transfusions multiples sur plusieurs mois)
- (2) Règles diagnostiques :**
- si** anémie hémolytique
- Compatibilités positives
- Coombs Direct positif
- Contrôle périnatal

- Compatibilité avant greffe de cellules souches
- Recherche d'anticorps irréguliers et détermination du groupe sanguin ABOD K en vue de transfusion

ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE

- Groupe ABO/Rh D
- Sous-groupes Rhésus C,c,E,e
- Coombs Direct polyvalent (auto-anticorps fixés)
- Coombs Direct spécifique (identification type d'auto-anticorps: IgG, IgM ou C3d, C3c)
- Elution, identification et titrage d'un auto-anticorps
- Recherche d'agglutinines froides
- Identification et titrage d'agglutinines froides
- Recherche d'anticorps irréguliers
 - Identification d'anticorps irréguliers
 - Titrage d'anticorps irréguliers

9 ml EDTA

- Règles diagnostiques :**
- si** Anémie hémolytique
- Compatibilités positives
- Coombs Direct positif
- Contrôle périnatal

DIVERS

Kleihauer

5 ml EDTA

LES REGLES DIAGNOSTIQUES DOIVENT OBLIGATOIREMENT ETRE COCHEES

IMMUNOLOGIE leuco-plaquettaire - HLA		
Facturation Hors INAMI : <input type="checkbox"/> Typage HLA associé à une pathologie :	<input type="checkbox"/> HLA-B27 (Spondylarthrite, uvéite,...) <input type="checkbox"/> Maladie de Behcet HLA-B51 <input type="checkbox"/> Sensibilité à l'Abacavir HLA-B57 <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> HLA-DQ <input type="checkbox"/> HLA-DR <input type="checkbox"/> Maladie Coeliaque HLA-DQ <input type="checkbox"/> Autre (précisez): <input type="checkbox"/> HLA-A <input type="checkbox"/> HLA-B <input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> HLA-DR <input type="checkbox"/> HLA-DQ	10 ml EDTA*
TYPAGE RECEVEUR : <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ <input type="checkbox"/> HLA-DP	Règles diagnostiques : <input type="checkbox"/> avant transfusions de plaquettes (CUP) ou de leucocytes <input type="checkbox"/> avant greffe d'organe <input type="checkbox"/> avant greffe de moelle <input type="checkbox"/> greffe de moelle si plusieurs donneurs identiques	
DONNEUR D'ORGANE : <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ	Règles diagnostiques : <input type="checkbox"/> Donneur d'organes cadavérique <input type="checkbox"/> Donneur d'organe vivant pour:	
DONNEUR DE MOELLE : <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ <input type="checkbox"/> HLA-DP	Règles diagnostiques : <input type="checkbox"/> donneur familial au 1er degré pour: <input type="checkbox"/> donneur non-apparenté (registre) pour: <input type="checkbox"/> en cas de donneurs identiques	
SEROLOGIE leuco-plaquettaire		
<input type="checkbox"/> Antigènes plaquettaires <input type="checkbox"/> Anticorps anti-plaquettes fixés (test direct)	Règles diagnostiques : <input type="checkbox"/> en cas de thrombopénie <input type="checkbox"/> Familial (<input type="checkbox"/> père / <input type="checkbox"/> mère)	10 ml EDTA*
<input type="checkbox"/> Recherche des anticorps anti-plaquettes dans le sérum (test indirect) <input type="checkbox"/> Identification des anti-plaquettes (en cas de dépistage positif) <input type="checkbox"/> Cross-match leucocytaire : <input type="checkbox"/> Cross-match avant transfusion de plaquettes (CUP) ou de leucocytes (si anti-HLA positif) <input type="checkbox"/> Anti-HLA Classe I <input type="checkbox"/> Anti-HLA Classe II <input type="checkbox"/> Anti-granulocytes	<input type="checkbox"/> avant greffe d'organe <input type="checkbox"/> avant greffe de moelle <input type="checkbox"/> recherche d'anticorps avant greffe d'organe <input type="checkbox"/> recherche d'anticorps avant greffe de moelle <input type="checkbox"/> recherche d'anticorps avant transfusion massive de plaquettes (CUP) ou de leucocytes	10 ml coagulé*

MQ.A11.14

Version : 6 Mise à jour 05/2019

Pour tout renseignement, veuillez vous adresser au secrétariat (tel. 04/366.75.39)

*Attention, les prélèvements non conformes ne seront pas pris en charge.