

**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: .../.../... à .....h.....

**IMMUNOLOGIE ERYTHROCYTAIRE**

<input type="checkbox"/> Groupe ABO/RH D <input type="checkbox"/> Sous-groupes RH KEL (C,c,E,e,K) <input type="checkbox"/> Recherche antigène D faible <input type="checkbox"/> Par sérologie <input type="checkbox"/> Par biologie moléculaire <input type="checkbox"/> Phénotypage érythrocytaire (1) : <input type="checkbox"/> étendu : k, Fya, Fyb, Jka, Jkb, S, s <input type="checkbox"/> élargi : ABO, H, Kpa, Kpb, Lea, Leb, P, M, N, Lua, Lub  <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps irréguliers (2) : <input type="checkbox"/> Identification d'anticorps irréguliers <input type="checkbox"/> Titrage d'anticorps irréguliers <input type="checkbox"/> En vue d'une transfusion  <input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire (si transfusions récentes ou de TDA positif) : <input type="checkbox"/> Systèmes FY (FY1, FY2, FY3), JK (JK1, JK2), MNS (MNS1, MNS2, MNS3, MNS4, MNS5), DO (DO1, DO2) <input type="checkbox"/> Systèmes DO, LW, YT, DI, CO, KEL, LU, KN, VEL (entourer le(s) système(s) d'intérêt)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d3d3d3; margin-bottom: 10px;"><b>9 ml EDTA</b></div> <p><b>(1) Règles diagnostiques :</b></p> <p><b>si</b> <input type="checkbox"/> Anticorps irréguliers positifs  <input type="checkbox"/> Avant greffe d'organe ou moëlle osseuse  <input type="checkbox"/> Anémie chronique (transfusions multiples sur plusieurs mois)</p> <p><b>(2) Règles diagnostiques :</b></p> <p><b>si</b> <input type="checkbox"/> anémie hémolytique  <input type="checkbox"/> Compatibilités positives  <input type="checkbox"/> Coombs Direct positif  <input type="checkbox"/> Contrôle périnatal</p>
---	---

**ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE**

<input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline polyvalent (anc. CD polyvalent) : auto-anticorps fixés <input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline spécifique (anc. CD spécifique) : identification du type d'auto-anticorps fixé (IgG, IgM ou C3d, C3c)  <input type="checkbox"/> Elution et identification d'un auto-anticorps <input type="checkbox"/> Recherche d'agglutinines froides <input type="checkbox"/> Identification, titrage et amplitude thermique d'agglutinines froides	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d3d3d3; margin-bottom: 10px;"><b>9 ml EDTA</b></div>
--	--

**DIVERS**

<input type="checkbox"/> Kleihauer <input type="checkbox"/> Compatibilité avant greffe de cellules souches	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d3d3d3; margin-bottom: 10px;"><b>5 ml EDTA</b></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #d3d3d3;"><b>9 ml EDTA</b></div>
---	--

**LES REGLES DIAGNOSTIQUES DOIVENT OBLIGATOIREMENT ETRE COCHEES**

## IMMUNOLOGIE leuco-plaquettaire - HLA

<b>Facturation Hors INAMI :</b> <input type="checkbox"/> Typage HLA associé  à une pathologie :	<input type="checkbox"/> HLA-A29 (Choriorétinopathie de Birdshot) <input type="checkbox"/> HLA-B27 (Spondylarthrite, uvéite,...) <input type="checkbox"/> Maladie de Behçet HLA-B51 <input type="checkbox"/> Sensibilité à l'Abacavir HLA-B57 <input type="checkbox"/> Narcolepsie DQB0602 <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	<b>10 ml EDTA*</b>
<b>TYPAGE RECEVEUR :</b> <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C  <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ  <input type="checkbox"/> HLA-DP	<b>Règles diagnostiques :</b> <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	
<b>DONNEUR D'ORGANE :</b> <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ	<b>Règles diagnostiques :</b> <input type="checkbox"/> Donneur d'organes cadavérique <input type="checkbox"/> Donneur d'organe vivant pour: .....	
<b>DONNEUR DE MOELLE :</b> <input type="checkbox"/> HLA-A, B, C <input type="checkbox"/> HLA-DR, DQ <input type="checkbox"/> HLA-DP	<b>Règles diagnostiques :</b> <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	
<b>SEROLOGIE leuco-plaquettaire</b>		
<input type="checkbox"/> Antigènes plaquettaires  <input type="checkbox"/> Anticorps anti-plaquettes fixés (test direct)	<b>Règles diagnostiques :</b> <input type="checkbox"/> en cas de thrombopénie <input type="checkbox"/> Familial ( <input type="checkbox"/> père / <input type="checkbox"/> mère)	<b>10 ml EDTA*</b>
<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"/> avant greffe d'organe <input type="checkbox"/> avant greffe de moelle <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"/> recherche d'anticorps avant greffe d'organe <input type="checkbox"/> recherche d'anticorps avant greffe de moelle <input type="checkbox"/> Suivi post-greffe (recherche DSA) <input type="checkbox"/> recherche d'anticorps avant transfusion massive de plaquettes (CUP) ou de leucocytes  <input type="checkbox"/> Neutropénie néonatale <input type="checkbox"/> Réaction post transfusionnelle	<b>10 ml coagulé*</b>

MQ.A11.14

Version : 8 Mise à jour 10/2023

Pour tout renseignement, veuillez vous adresser au secrétariat (tel. 04/323.75.39)

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