

* 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

Tubes - Typage / HLA Typing

1 tube EDTA (lavande / lavender)

Tubes - Anticorps / Antibodies

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

Tubes - Compatibilité / Crossmatch (XM)

Donneur : 4 tubes ACD

+ 1 tube EDTA (lavande / lavender)

Receveur : 1 SST ou 1 tube rouge/red

Typage/ HLA typing → 1er / st Confirmation

PRA Dépistage d'anticorps / Antibody Screen

Compatibilité / Crossmatch (XM)

Initiale / Initial Finale / Final AutoXM

Receveur : 4 tubes ACD et 1 tube SST

*Anticorps spécifique du donneur (ASD) /

*Donor Specific Antibody (DSA)

Autre /Other :

*Compléter / Complete

Section C

Receveur/recipient: _____

Lien/relationship: _____

RAMQ: _____

C Motif de la demande / Reason for test request

Surveillance de routine (aucune dysfonction du greffon)/

↓ Routine monitoring (no graft dysfunction)

3 mois / months Suivi des ASD /

12 mois / months Follow-up DSA

> 1 an / year

Dysfonction du greffon / Graft dysfunction

↓

Glomérulopathie chronique prouvée par biopsie /Biopsy proven Transplant glomerulopathy

Rejet prouvé par biopsie / Biopsy proven Rejection

Rejet humoral / Antibody mediated rejection

Rejet cellulaire / Cellular rejection

Perte du greffon / Graft failure

***ATTESTATION de TÉMOIN**

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.

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

*Nom / Name : X

*Signature X

***WITNESS ATTESTATION**

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.

*Phlébotomiste /

*Nom complet : _____
*Full Name :

Phlebotomist :

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

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.