

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client: C /	Date de prélèvement
Cachet obligatoire	Sang total EDTA (>5mL) Envoi en réfrigéré sous 5 jours maxi (température ambiante tolérée)

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance.....	Adresse
Adresse	CP Ville
CP Ville	Tél.
Date de naissance :	Fax
	Adresse e-mail :

EXAMEN PRESCRIT

Typage HLA basse résolution : recherche d'un allèle ou d'un *allèle le plus probable*

Indication	Indication cerba	Gène(s) Typé(s)	Code OPL
☐ Spondylarthrite SPA (B*27) (non-uvéïte)	iHLA01	B	HLAEU
☐ Behcet aphtose neuro (B*51)	iHLA02	B	
☐ Polyarthrite / rhumatologie (DR1 DR4 DR10 DR14)	iHLA03	DR	
☐ Maladie coeliaque / gluten (DQ2 DQ8)	iHLA04	DQ	
☐ Uvéïte Birdshot (A*29)	iHLA05	A	
☐ Uvéïte (B*27)	iHLA06	B	
☐ Uvéïte (B*51)	iHLA07	B	
☐ Narcolepsie (DQ6/DQB1*06:02)	iHLA08	DQ	
☐ Diabète de type I (DR3 DQ2 / DR4 DQ3)	iHLA09	DR+DQ	
☐ Recherche de A*02:01 (tebentafusp)	iHLA10	A	
☐ Recherche de A*02 (tedopi)	iHLA11	A	
☐ Abacavir (B*57:B*57:01) (2 ^{ème} intention)	iHLA12	B	
☐ Allopurinol (B*58)	iHLA13	B	
☐ Antiépileptique (A*31)	iHLA14	A	
☐ Antiépileptique (B*15)	iHLA15	B	
☐ Vogt-Koyanagi-Harada (pan uvéïte - diagnostic : DR4)	iHLA16	DR	
☐ Pemphigoïde bulleuse (DQB1*03)	iHLA17	DQ	
☐ Pemphigus Vulgaire (DR4, DR8, DQ5)	iHLA18	DR+DQ	

PCR ciblée : recherche d'un allèle spécifique

☐ Spondylarthrite SPA (B*27) (non-uvéïte)			GB27
☐ Uvéïte (B*27)			GB27
☐ Abacavir (B*57:01) (1 ^{ère} intention)			B5701

Cytométrie en flux : recherche d'un antigène spécifique

Consentement obligatoire : bascule en PCR ciblée si résultat douteux, positif, ou si délai pré analytique de 5 jours dépassé.

☐ Spondylarthrite SPA (B27) (non-uvéïte)			90401
☐ Uvéïte (B27)			90401

Typage HLA haute résolution (NGS) : confirmation de la présence d'un allèle (HN = sur accord du patient)

☐ Antiépileptique (A*31:01)		A	HLANA
☐ Antiépileptique (B*15:02)		B	HLANB
☐ Allopurinol (B*58:01)		B	HLANB
☐ Tebentafusp (A*02:01)		A	HLANA
☐ Uvéite Birdshot, forme atypique (A*29:01)		A	HLANA
☐ Psoriasis (C*01, C*06:02)		C	HLANC
☐ PMA		C	HLANC
☐ Diabète (haplotypes DR DQ avec allèles DRB1*04)		DRB1+ DQA1+ DQB1	HNDR1 + HNDQA + HNDQB
☐ Thrombopénie fœtale, néonatale, alloimmune (DRB3*01:01)		DRB3	HN345
☐ Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (pan uvéite), pronostic (DRB1*04:04/05/10)		DR	HNDR1
☐ Pemphigus vulgaire (DRB1*04:02/06, *08:04, DQB1*05:03)		DR + DQ	HNDR1+ HNDQB
☐ Pemphigoïde bulleuse (DQB1*03:01)		DQ	HNDQB
☐ Narcolepsie (DQB1*06:02)		DQ	HNDQB
☐ Béryllose (DPB1 βGlu69 (exon 2))		DPB1	HNDPB

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ainsi que ses parents (représentants légaux) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ET de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5). Le(la) patient(e) a notamment été informé(e) :

1. De son droit à faire à tout le moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits,
2. Que le résultat de cet examen sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au conseiller en génétique) en l'état actuel des connaissances.

Le(la) patient(e) autorise :

La conservation d'un échantillon biologique issu de mon prélèvement et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	☐ Oui ☐ Non
La transmission d'un échantillon ainsi que des données médicales nécessaires, dont d'éventuelles photographies, à un autre laboratoire pour compléter cette étude génétique si nécessaire.	☐ Oui ☐ Non
L'enregistrement et la conservation des données médicales utiles à la gestion de la démarche diagnostique dans des bases de données informatiques.	☐ Oui ☐ Non
L'utilisation anonymisée des données médicales et/ou d'une partie non utilisée des prélèvements dans le cadre de projets de recherche sans bénéfice direct ou son utilisation pour des études d'assurance de la qualité interne au laboratoire.	☐ Oui ☐ Non

Fait à le

IDENTITÉ DU PATIENT	IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL	PRESCRIPTEUR
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	
	Lien avec le patient :	
SIGNATURE	SIGNATURE	SIGNATURE