DEMANDE DE TYPAGE HLA

Service de la Relation Client :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

SRC@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENT

NOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Nom de naissance I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse.....

.....

Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

PRESCRIPTEUR

Cachet obligatoire

Signature :

Adresse e-mail :

CONTEXTE DE LA DEMANDE
ASSOCIATION HLA/MALADIE (SUSPICION)

☐ Spondylo-arthrite (et manifestations extra-articulaires associées) ► B27 (HLA classe I : B*27)

☐ Polyarthrite rhumatoïde (rhumatismes inflammatoires chroniques) ► DR1, DR4, DR10 et DR14 (HLA classe II : DRB1*01,*04,*10 et *14)

☐ Maladie de Behçet (et manifestations associées aphtose, uvéïte) ► B51(5) (HLA classe I : B*51)

☐ Narcolepsie (hypersomnies et troubles de l'attention) ► DQ6 (HLA classe II : DQB1*06:02)

☐ Maladie coeliaque (et intolérance au gluten) ► DQ2 (HLA classe II : DQA1*05:01/DQB1*02:01 et DQA1*05:05/DQB1*02:02) et DQ8 (HLA classe II : DQA1*03/DQB1*03:02)

☐ Chorio-rétinopathie type Birdshot (et uvéite) ► A29 (HLA classe I : A*29)

☐ Autre (précisez) : ……

PHARMACOGENETIQUE

☐ Dépistage avant traitement contenant de l'abacavir (HLA B57)

☐ Dépistage avant traitement par carbamazépine (HLA B15)

☐ Hyper-sensibilité à l'allopurinol (HLA B58)

EXAMEN PRESCRIT
attestation et recueil de consentement ci-dessous à compléter

☐ Antigène HLA-B27 par cytométrie en flux (Code OPL : 90401)
ou génotypage si test non concluant ou si délai pré-analytique >5jours

☐ Génotypage HLA Classe I Locus B (allèle B*27 uniquement) (Code OPL : GB27)

☐ Génotypage HLA Classe II Locus DRB1 (Code OPL : HLADR)

☐ Génotypage HLA Classe I Locus B (Code OPL : BHLA1)

☐ Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 (Code OPL : HLADQ)

☐ Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 et Locus DQA1 (Code OPL : HLDQA)

☐ Génotypage HLA Classe I Locus A (Code OPL : AHLA1)

☐ Autre (précisez) : ……

☐ Génotypage HLA-B*57:01 (Code OPL : B5701)

☐ Génotypage HLA-B*15:02 et HLA-A*31:01 (Code OPL : B1502.Envoi ext.)

☐ Génotypage HLA-B*58:01 (Code OPL : B5801.Envoi ext.)

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Je soussigné(e)……Docteur en Médecine,
Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Je soussigné(e) M, Mme……né(e) le ……
Demeurant à : ……
Reconnais avoir reçu par le Dr…… les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.
Pour cela, je consens :

☐ au prélèvement qui sera effectué pour moi
☐ au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
☐ Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ……, le ……

Signature du patient adulte :
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle

Signature du médecin :