



ETIQUETTE PATIENT	TAMPON SERVICE DEMANDEUR	MEDECIN PRESCRIPTEUR	IDENTITE PRELEVEUR
		NOM :	NOM : DATE : HEURE :

Transplantation d'organe :

Organe à greffer :

- Greffe au CHU TOULOUSE**
- ou
- Greffe au CHU MONTPELLIER**

Typage HLA de receveur

Greffe au CHU TOULOUSE ou au CHU MONTPELLIER
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} détermination de typage HLA (2 EDTA)
<input type="checkbox"/> 2 ^e détermination de typage HLA (2 EDTA)

Anticorps anti-HLA (1 grand tube sec)

- Suivi systématique pré-greffe : 1 sérum tous les 3 mois
- Suivi post-transplantation (M1, M3, M6, M9)
- Suivi annuel post transplantation
- Suspicion de rejet
- Suivi post transplantectomie (J5, M1, M3, M6, M9, M12)
- Suivi post-transfusion (J15, M1, M3)
- Suivi après arrêt de traitement immunosuppresseur
- Dépistage des Ac anti-HLA dans un contexte de transfusion plaquettaire inefficace