Service de la Relation Client :
Tél : 00 33 1 34 40 97 76
Fax : 00 33 1 34 40 21 29

intfr@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

Cerba

DEMANDE DE TYPAGE HLA

PATIENT	PRESCRIPTEUR
NOM I _ I PRENOM I _ I Nom de naissance I _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ I Adresse..... ..... Date de naissance : I __ I / I __ I / I _ _ _ _ I	Cachet obligatoire Signature : Adresse e-mail :

CONTEXTE DE LA DEMANDE ASSOCIATION HLA/MALADIE (SUSPICION)	EXAMEN PRESCRIT attestation et recueil de consentement ci-dessous à compléter
Spondylo-arthrite (et manifestations extra-articulaires associées) ► B27 (HLA classe I : B*27)	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)
Polyarthrite rhumatoïde (rhumatismes inflammatoires chroniques) ► DR1, DR4, DR10 et DR14 (HLA classe II : DRB1*01,*04,*10 et *14)	Génotypage HLA Classe II Locus DRB1 (Code OPL : HLADR)
Maladie de Behçet (et manifestations associées aphtose, uvéïte) ► B51(5) (HLA classe I : B*51)	Génotypage HLA Classe I Locus B (Code OPL : BHLA1)
Narcolepsie (hypersomnies et troubles de l'attention) ► DQ6 (HLA classe II : DQB1*06:02)	Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 (Code OPL : HLADQ)
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)	Génotypage HLA Classe II Locus DQB1 et Locus DQA1 (Code OPL : HLDQA)
Chorio-rétinopathie type Birdshot (et uvéite) ► A29 (HLA classe I : A*29)	Génotypage HLA Classe I Locus A (Code OPL : AHLA1)
☐ Autre (précisez) :	☐ Autre (précisez) : .....
PHARMACOGENETIQUE	
Dépistage avant traitement contenant de l'abacavir (HLA B57)	Génotypage HLA-B*57:01 (Code OPL : B5701)
Dépistage avant traitement par carbamazépine (HLA B15)	Génotypage HLA-B*15:02 et HLA-A*31:01 (Code OPL : B1502.Envoi ext.)
Hyper-sensibilité à l'allopurinol (HLA B58)	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 :