

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____ MD/Requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Identification du patient Nom, Prénom: _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte d'identification : _____
---	---

Renseignements cliniques:

En demandant cette analyse, le médecin confirme avoir expliqué au (à la) patient(e) la nature du test demandé sur cette requête et ses bénéfices, limites et risques potentiels pour le (la) patient(e) et pour sa famille. Il (elle) confirme aussi avoir obtenu un consentement autorisant le test, de la part du (de la) patient(e) ou de son (sa) gardien(ne) légal(e).

NATURE DE L'ÉCHANTILLON**POST-NATAL****PRE-NATAL (Nombre de semaines:)**

<input type="checkbox"/> Sang : 2-5 ml EDTA _____ (nbre) tube(s) <input type="checkbox"/> Liquide biologique (source/mL): _____ <input type="checkbox"/> Tissu musculaire (30-50 mg) : _____ <input type="checkbox"/> Autre tissu (source / mg) : _____ <input type="checkbox"/> Fibroblaste en culture (1-2 x T23, 80% confluence) <input type="checkbox"/> ADN purifiée ($\geq 3 \mu\text{g}$) : _____ <small>(quantité, source, no labo)</small>	<input type="checkbox"/> ADN ($\geq 1 \mu\text{g}$) : _____ <small>(quantité, source, no labo)</small> <input type="checkbox"/> Liquide amniotique (minimum 10 mL): _____ <input type="checkbox"/> Amniocytes (2 X T25 - 80% confluence) <input type="checkbox"/> Villosités chorales (CVS) en culture (2 X T25 - 80% confluence) <input type="checkbox"/> Villosités chorales (CVS, minimum 10 mg) <small>* Une analyse de contamination foeto-maternelle est fortement recommandée pour tout analyse prénatale.</small>
---	---

BUT DU TEST DEMANDÉ**INFORMATIONS FAMILIALES**

<input type="checkbox"/> Diagnostic (patient symptomatique) <input type="checkbox"/> Confirmation de dépistage néonatal (PQDNS) <input type="checkbox"/> Recherche de l'état de porteur <input type="checkbox"/> Dépistage populationnelle <input type="checkbox"/> Test prédictif <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal (veuillez aviser le laboratoire à l'avance). Notez que le diagnostic prénatal et l'exclusion de la contamination foeto-maternelle requièrent un échantillon de sang de la mère. <input type="checkbox"/> Pour analyse ultérieure	<input type="checkbox"/> Nom du cas index : _____ <input type="checkbox"/> Relation avec le cas index : _____ <input type="checkbox"/> Autre échantillon envoyé pour cette famille : _____ <input type="checkbox"/> Numéro de famille : _____
--	--

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Inclure un pedigree de la famille et les informations cliniques pertinentes

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

Laboratoire Central
 CHU Sainte-Justine
 Étage 2, bloc 9
 3175, Côte Sainte-Catherine
 Montréal (Québec) H3T 1C5
 Téléphone : 514-345-4642 Fax : 514-345-2339

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____

MD/Requérant : _____ # Licence : _____

Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____

Prélevé par: _____

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

Identification du patient

Nom, Prénom: _____

Sexe : F M

Dossier ou # Ass. maladie : _____

Date de naissance : _____

ou

Plaquer carte d'identification : _____

ANALYSES
 Achondroplasie-Hypochondroplasie (FGFR3) ACHH
 (Panel de mutation fréquente)¹
 ADN mitochondrial : ADN M1
 Séquençage et détection des délétions
 Variation spécifique : _____
 (nomenclature HGVS)

 Amyotrophie spinale (dél/dup exon7-SMN1)² ASQT
 Nombre de copies SMN2³
 Ataxie de Friedreich (Expansion GAA intron 1 FXN) FRIE2

 Cirrhose infantile amérindienne (UTP4) RMCNA
 (CIRH1A): p.R565W

 Craniosténoses:
 Syndrome d'Apert (FGFR2:p.P253R et p.S252W) RMFG2
 Syndrome de Muenke (FGFR3:p.P250R) RMFG3

 Dysplasie thanatophore de type I et II (FGFR3) TD12
 (Panel de mutation fréquente)¹
 Dystrophie musculaire de Duchenne/Becker (DMD)² DMD
 (délétion/duplication)

 Expansion CGG dans FMR1 FRAG1
 Syndrome de X fragile (FRAXA)
 Insuffisance ovarienne précoce (IOP)
 Syndrome de tremblement/ataxie associé à l'X fragile (FXTAS)

 Hypercholestérolémie familiale, LDLR :
 Délétions de 15Kb et de 5Kb HFDEL
 Panel de mutations fréquentes¹ HFMUT
 Variation spécifique LDLR : _____ BMSSA
 (nomenclature HGVS)

 Lipoprotéine lipase (LPL): p.P234L et p.G215E) RMLPL
 (historiquement : p.P207L et p.G188E)

 Mucopolysaccharidose II (GNPTAB: c.3503_3504delTC) GNPTA

 Analyse variation familiale BMSSA
 Veuillez joindre le rapport d'analyse d'un membre de la famille atteint/porteur pour toute recherche de mutation familiale non préalablement testée au laboratoire et inclure un échantillon d'un membre de la famille chez qui la variation a été identifiée (un contrôle familial positif)

Nom du cas index : _____

Lien de parenté avec le cas index : _____

Gène (nomenclature HGVS) : _____

Variation (nomenclature HGVS) : _____

 Contamination foeto maternelle : _____ VCFM5
 (préciser l'indication)

 Autre(s) analyse(s) : _____

 Syndrome HHH (SLC25A15: p.Phe188del) RMHHH

 Syndrome de Rett (MECP2) : RETT

 Séquençage des exons codants

 Délétion/Duplication²
 Variation spécifique : _____
 (nomenclature HGVS)

 Tyrosinémie type I : FAH

 Séquençage du gène FAH

 Variation spécifique (FAH) : _____
 (nomenclature HGVS)
Dépistage populationnel
 Pathologies Cries:

 Encéphalite Crie (TREX1: p.R164X) CREE2

 Leucoencéphalopathie Crie (ELF2B5: p.R195H) CREL2

 Trouble de la glycosylation CDG1b (MPI:p.R295H) RMMPI

 Quatre maladies récessives (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

 COX-SLSJ (LRPPRC): c.1061C>A (p.A345V)

 Tyrosinémie 1 (FAH): c.1062+5G>A (IVS12+5G>A)

 NSM/ACC (SLS12A6): c.2436delG (p.T813Pfs)

 ARSACS (SACS):

 c.8844delT (p.I2949fs) (historiquement : 6594delT)

 c.7504C>T (p.R2502Ter) (historiquement : 5254C>T)
Panels séquençage nouvelle génération (SNG) - RQDM*
 Panel Noonan/Rasopathies NOONA

 Panel maladies mitochondriales (nucléaire) MINUC

 Maladies musculaires (myopathies)

 Panel myopathies (maladie musculaire global) MANUS

 Panel dystrophie musculaire DYMUS

 Panel hyperthermie maligne HYPMA

 Panel myasthémies congénitales MYAST

 Panel Rhabdomyolyse BMRHA

 Panel déficience intellectuelle (DI)/RGD DINTE

Trio (proband/mère/père)

Commentaire(s) : _____

 Autres analyses SNG : _____
Liste de contrôle pour les prescripteurs et centres de prélèvement
 Sont incluses les informations en lien avec l'indication de l'analyse et la présentation clinique.

 Formulaire d'informations cliniques complémentaires pour les séquençages SNG*.

 Formulaire de consentement pour les séquençages SNG*
 (disponible au www.chusj.org/fr/Labotest).

- Les requêtes incomplètes, provenant de prescripteurs non autorisés et les échantillons inadéquats (ex. hémolysés, mal identifiés) seront jugés non-conformes et seront rejetés.

 - Pour les conditions d'envoi, veuillez vous référer au site web pour les détails de chaque test://www.chusj.org/fr/Labotest

* Il est de la responsabilité du prescripteur de vérifier préalablement la disponibilité de l'analyse.

1. Veuillez vous référer au site web pour le détail des mutations testées: <https://www.chusj.org/fr/Labotest>.

2. Cette analyse nécessite un échantillon de sang frais.

3. Le nombre de copies d'exon-7 de SMN2 est fourni seulement pour les individus atteints.



Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F M

Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

INFORMATIONS CLINIQUES PANEL NUCLÉAIRE MITOCHONDRIAL

Code saisie SoftLab: MINUC (ou BMMIT)

Code source SoftPath: BMMIT

Âge lors de la demande : _____

Formulaire complété par : _____

Analyses déjà effectuées :

aCGH/micropuce OUI : Résultat _____ NON

X Fragile OUI : Résultat _____ NON

Bilan métabolique sanguin et résultats :

- CAA plasma CAO urines
- Acylcarnitines Carnitine totale/estérifiée
- Lactate Ratio Lactate/pyruvate
- Bicarbonates

Sommaire des résultats :

LCR bilan métabolique résultats :

CAA Lactate

Autres : _____

Biopsie musculaire : OUI : Résultat _____ NON

IRM cérébrale : OUI : Résultat _____ NON

Informations cliniques :

DI : OUI NON

TSA : OUI NON

RGD : OUI NON

Épilepsie : OUI Résultat EEG : _____ NON

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Description clinique/organes atteints :

Histoire médicale autre :

Anoxie néonatale : OUI NON ; score Apgar : _____ ; pH cordon : _____

Infection congénitale : OUI Type d'infection : _____ NON

Exposition tératogène : OUI Nom du tératogène : _____ NON

Encéphalite/Méningite : OUI NON

Tumeur cérébrale : OUI NON

Processus inflammatoire cérébral : OUI NON

Origine ethnique : _____

Diagnostic envisagé :

LHON OUI NON

MERRF OUI NON

MELAS OUI NON

Kearns-Sayre/CPEO OUI NON

Pearson OUI NON

Leigh OUI NON

Autre : _____

CONSENTEMENT – Test génétique Pédiatrique / Adulte

Je consens au(x) test(s) génétique(s) pour (condition/nom du ou des tests) : _____, afin d'identifier la ou les causes génétiques potentiellement liées à ma condition/à la condition de mon enfant. Le présent consentement ne remplace pas un conseil génétique, qui me sera fourni par un professionnel de la santé. Certaines des informations qui suivent pourraient ne pas s'appliquer à ma situation. Le professionnel de la santé qui obtient mon consentement me le spécifiera (sera cochée si cela est applicable à votre situation :).

Je comprends les informations suivantes :

- Le ou les tests seront faits sur un échantillon biologique.
- Les professionnels de la santé impliqués à la réalisation du ou des tests pourraient utiliser les informations médicales fournies par le médecin prescripteur à partir de mon dossier médical/du dossier médical de mon enfant (incluant les antécédents familiaux) et/ou de mon Dossier santé Québec/du Dossier santé Québec de mon enfant pour aider à l'interprétation des résultats.
- Je serai informé des résultats liés à mon état de santé/à l'état de santé de mon enfant et ils seront consignés dans mon dossier médical/le dossier médical de mon enfant. Si l'analyse en « trio » (ex. : analyse familiale incluant le patient et les parents biologiques) est recommandée, aucun rapport individuel ne sera produit au nom de l'un ou l'autre des parents.
- Le ou les tests peuvent donner plusieurs types de résultats :
 - Aucun changement génétique en lien avec ma condition/la condition de mon enfant. Cela n'élimine pas complètement la possibilité d'une cause génétique, car cette cause pourrait ne pas être détectable par la méthode utilisée.
 - Présence d'un ou de plusieurs changements génétiques expliquant ma condition/la condition de mon enfant.
 - Présence d'un ou de plusieurs changements génétiques de signification incertaine. Il peut demeurer difficile d'établir les implications des résultats du ou des tests sur ma santé/la santé de mon enfant.
- Certains résultats pourraient révéler des risques présents/futurs pour ma santé/la santé de mon enfant. La Loi sur la non-discrimination génétique (L.C. 2017, chapitre 3) est une loi canadienne qui encadre l'utilisation des résultats génétiques dans le cadre de contrats (ex. : emploi, assurances, etc.). Cette loi interdit à quiconque d'obtenir l'accès aux résultats de tests génétiques avant d'établir un tel contrat. Les autres informations du dossier médical, incluant l'histoire familiale, sont confidentielles mais ne sont pas spécifiquement protégées par cette loi.
- Ce ou ces tests pourraient, dans de rares cas, détecter l'absence de lien génétique entre moi/mon enfant et certains membres de ma famille. De tels résultats pourraient être abordés avec moi seulement s'ils ont un impact sur mes soins/les soins de mon enfant ou ceux des membres de ma famille. Dans tous les cas, ils ne seront pas spécifiquement mentionnés dans le rapport émis par le laboratoire.

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. Numéro dossier : Cliquez ici pour entrer du texte.

- Une fois le ou les tests effectués, l'échantillon sera conservé au laboratoire médical québécois qui a fait le test pour la période déterminée par les directives en vigueur.
- En cas d'incapacité à recevoir mes résultats/les résultats de mon enfant (ex. : décès, invalidité) :
 Je désire qu'ils soient remis à (ex. : membre de la famille) :
Nom : _____ Lien : _____ N° tél./Courriel : _____
 Je refuse qu'ils soient communiqués à une autre personne.
- Si des membres de ma famille biologique/de la famille biologique de mon enfant sont testés pour la même condition (ex. : dépistage familial), les résultats du ou des tests et/ou les informations médicales associées pourraient être utilisés pour aider à l'interprétation de leurs résultats.
 Oui, j'accepte. Non, je refuse.

La communication des découvertes fortuites

Dans de rares cas, le test pourrait identifier, par hasard, des changements génétiques sans lien avec la condition pour laquelle le ou les tests ont été demandés, mais pouvant avoir un impact sur ma santé ou celle de mon enfant (découvertes fortuites). Le laboratoire ne cherchera pas activement ces changements génétiques; c'est-à-dire que même si aucune découverte fortuite n'est rapportée avec les résultats, il reste possible que moi ou mon enfant ayons une condition génétique non identifiée.

ADULTE ET MINEUR DE 14 ANS ET PLUS

Si on identifiait chez moi une découverte fortuite qui a un impact potentiel pour ma santé et pour laquelle un traitement ou une surveillance préventive est actuellement disponible, j'ai le choix d'accepter ou de refuser que cette information soit incluse dans les résultats du ou des tests et que cette information me soit communiquée par mon professionnel de la santé.

Oui, j'accepte. Non, je refuse.

ENFANT DE MOINS DE 14 ANS

Les parents d'un enfant de moins de 14 ans recevront automatiquement les résultats des découvertes fortuites qui ont un impact connu pour la santé de l'enfant durant l'enfance ou l'adolescence, pour lesquelles un traitement ou une prévention existe **et** est actuellement disponible durant l'enfance ou l'adolescence. Les découvertes fortuites n'ayant des implications qu'à l'âge adulte ne seront pas divulguées.

Partage des données pour des activités d'amélioration et d'assurance de la qualité des soins

Partage de données codées : Les résultats du ou des tests génétiques, le diagnostic et d'autres informations médicales (vos « données cliniques ») seront partagés, sous une forme codée, ne permettant pas de vous identifier/d'identifier votre enfant au sein des bases de données du Réseau québécois de diagnostic moléculaire et d'un réseau canadien équivalent. Ces bases de données répondent à des standards élevés de sécurité et de confidentialité. Ce partage de données vise à aider les médecins et les laboratoires à interpréter les résultats des tests génétiques et à réaliser des activités d'assurance et d'amélioration de la qualité des soins. Seuls les professionnels du laboratoire où l'analyse a été effectuée pourront faire le lien entre le patient et le code attribué à ses données.

Partage de données anonymisées : Pour les mêmes raisons que celles décrites ci-dessus, vos données cliniques seront aussi anonymisées (c'est-à-dire que les informations permettant de vous identifier directement seront supprimées de manière permanente) avant d'être soumises à des bases de données publiques nationales ou internationales.

Prise de contact à des fins de recherche

Je pourrais être invité à participer à des projets de recherche approuvés par un comité d'éthique de la recherche en lien avec le(les) test(s) mentionné(s) ci-dessus et pour lesquels je pourrais/mon enfant pourrait être éligible.

Oui, j'accepte. Non, je refuse.

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. Numéro dossier : Cliquez ici pour entrer du texte.

Je confirme que le professionnel de la santé m'a donné les explications nécessaires et qu'il a répondu à mes questions, de façon à ce que je puisse donner un consentement éclairé.

Nom : _____

Signature (incluant le mineur âgé de 14 ans et plus ou le représentant légal) : _____

Lien (si applicable) : mère ; père ; représentant légal

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Nom de la personne qui obtient le consentement : _____

Signature de la personne qui obtient le consentement : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

POUR ANALYSE EN TRIO SEULEMENT :

Nom : _____

Signature : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Lien biologique : mère ; père ; autre : _____

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) : _____

Nom : _____

Signature : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Lien biologique : mère ; père ; autre : _____

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) : _____

En cas de découverte fortuite trouvée chez l'utilisateur en évaluation,

j'accepte qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

je refuse qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

En cas de découverte fortuite trouvée chez l'utilisateur en évaluation,

j'accepte qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.

je refuse qu'on me communique la présence ou l'absence de cette découverte fortuite pour moi-même.