



CHU Sainte-Justine

Analyses de laboratoire **Diagnostic/dépistage préimplantatoire cytogénétique**

Le centre hospitalier universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4642

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

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____	Nom, Prénom _____
Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Téléphone : _____ FAX : _____	# Dossier / #Ass. maladie : _____
MD requérant : _____ # Licence : _____	Date de naissance : _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	ou _____
Prélevé par: _____	Plaquer carte
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	

Informations nécessaires (si porteur de l'anomalie chromosomique)Partenaire

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Année-mois-jour

Dossier : _____ # RAMQ : _____

INDICATION **Diagnostic préimplantatoire** (inclut automatiquement la recherche d'aneuploïdies) :***Inclure le rapport de cytogénétique du porteur** Translocation, spécifier : _____ Formule ISCN : _____ Insertion, spécifier : _____ Formule ISCN : _____ Inversion, spécifier : _____ Formule ISCN : _____ Antécédent d'aneuploïdie, spécifier : _____ Maladie récessive liée à l'X (sélection de l'embryon selon le sexe) Autre (délétion ou duplication interstitielle), spécifier : _____ Dépistage préimplantatoire seulement (recherche d'aneuploïdie(s))**À L'USAGE DU CPA**

Nombre d'ovules prélevés : _____

Date de prélèvement : _____
Année-mois-jour

Prélevé par : _____

Commentaires :

