



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



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

(11-2016Z)REV# 30009208/INV# 2809-F

ATTENTION: Zone grise obligatoire

Analyses de laboratoire **CYTOGÉNÉTIQUE ONCOLOGIQUE**

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 / #Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

Renseignements cliniques: _____

Pourcentage de blastes et médullogramme à joindre ou faxer dès que possible au 514-345-2122

pré-traitement pré-greffe rémission post-greffe - donneur sexe : F M AUTO

récidive/poussée de blastes suivi anomalies antérieures : _____

ÉCHANTILLON DIAGNOSTIC

Cytogénétique oncologique poste : 5355

Moelle

(Si possible : tube hépariné ou milieu de transport + tube EDTA + frottis)

Tube hépariné (ou dans un milieu de transport) Tube EDTA (1mL)

Frottis - Nombre de lames: _____

Sang

Tube hépariné Tube EDTA (1mL)

LCR

Tumeur - spécifier: _____

(La zone de la tumeur doit être identifiée)

(Pour le CGH, un minimum de 30% du spécimen tumoral est exigé)

Ganglion

Empreinte - spécifier: _____

Autres : _____

ANALYSE (S) DEMANDÉE (S)

Caryotype

FISH spécifique

Sonde : _____

Étude cytogénétique (peut inclure caryotype, FISH ou CGH selon les pratiques du laboratoire)

SMD

t(15;17)

LAL-B

LAM

LAL-T

LLC

LMC

NMP

t(9;22)

MM % plasmocytes: _____

Neuroblastome

LMMC

Médulloblastome

Lymphome - spécifier: _____

Ewings

Wilms

Autres: _____

Section réservée au laboratoire