



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant



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

(1F-Z809 #INV:30009208(RÉV:2022-01))

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: _____

- SMD t(9;22) Wilms NMP Lymphome - spécifier : _____
- LAL-B Neuroblastome t(15;17) LMMC MM % plasmocytes : _____
- LAL-T Médulloblastome LAM SLP Tumeur cérébrale - spécifier : _____
- LMC Ewings LLC (**tubes EDTA et hépariné exigés**)

Condition : diagnostic initial connu transformation rechute pré-traitement pré-greffe
 post-greffe - donneur sexe : F M AUTO suivi anomalies antérieures : _____

ÉCHANTILLON DIAGNOSTIC

Cytogénétique oncologique fax: 514-345-2122

- Moelle (joindre le médullogramme) % blastes : _____
(Les 3 types d'échantillons sont nécessaires (si possible))
- Tube hépariné (ou dans un milieu de transport) Tube EDTA (1mL)
- Frottis - Nombre de lames: _____
- Sang (joindre la formule sanguine)
(Les 3 types d'échantillons sont nécessaires (si possible))
- Tube hépariné (ou dans un milieu de transport) Tube EDTA (1mL)
- Frottis - Nombre de lames: _____
- Tumeur - spécifier: _____
(Pour le CGH, un minimum de 30% du spécimen tumoral est exigé)
- ADN (préciser l'origine) : _____
- Autres : _____
- Lame FFPE (épaisseur de <= 5um demandée) - Nombre de lames : _____
(La zone de la tumeur doit être identifiée sur lame H&E. Spécifier le % de tissu tumoral dans la zone encerclée : _____)
- Empreinte - Nombre de lames : _____

ANALYSE (S) DEMANDÉE (S)

Étude cytogénétique (Caryotype, FISH ou CGH seront effectués selon les pratiques du laboratoire)

- Caryotype
- CGH/SNP onco
- FISH spécifique
Sonde : _____
- Autres: _____

Section réservée au laboratoire