

Analyses du laboratoire de DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE - Hématologie moléculaire
 Analyses du laboratoire de **DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE - Hématologie moléculaire**

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, l'analyse et la priorité	Identification du patient Nom, Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Adresse : _____ Code postal : _____ # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
---	--

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	BUT DU TEST DEMANDÉ
<input type="checkbox"/> Sang : 2-5 mL EDTA, # tubes : _____ <input type="checkbox"/> Amniocytes en culture <input type="checkbox"/> Buvard <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Frottis buccaux <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Biopsie chorale <input type="checkbox"/> ADN : origine _____ <input type="checkbox"/> Biopsie chorale en culture	<input type="checkbox"/> Confirmation du diagnostic <input type="checkbox"/> Pour analyse ultérieure <small>Patient symptomatique</small> <input type="checkbox"/> Statut du porteur <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal <small>- Veuillez aviser le laboratoire à l'avance - Requiert un échantillon de la mère pour analyse d'exclusion de contamination foeto-maternelle</small>

ANALYSE DE GÈNES	RECHERCHE DE VARIATIONS SPÉCIFIQUES
<input type="checkbox"/> Déficit en facteur VII SEQF7 Séquençage Sanger des exons/promoteur du gène <i>F7</i> <small>Important : Joindre le résultat fonctionnel du FVII plasmatique à la présente requête.</small> <input type="checkbox"/> Déficit en protéine C PROCS Séquençage Sanger des exons/promoteur du gène <i>PROC</i> <small>Important : Joindre le résultat fonctionnel de la protéine C plasmatique à la présente requête.</small> <input type="checkbox"/> Hémophilie B SEQF9 Séquençage Sanger des exons/promoteur du gène <i>F9</i> <small>Important : Joindre le résultat fonctionnel du FIX plasmatique à la présente requête.</small> <input type="checkbox"/> Hémophilie A et von Willebrand, suspicion: _____ Panel NGS, séquençage complet des gènes <i>F8</i> et <i>VWF</i> BM8WV <small>Important : Joindre le résultat fonctionnel du FVIII et VWF plasmatique à la présente requête.</small>	Thromboses <input type="checkbox"/> Facteur V Leiden, variation p.R506Q, gène <i>F5</i> F5LEI <input type="checkbox"/> Prothrombine V, variation G20210A, gène <i>F2</i> F2MUT <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathies S et C SEQHS Variations p.Glu7Val et p.Glu7Lys <input type="checkbox"/> Thalassémie alpha THAL2 Délétions communes 3.7, 4.2, MED, SEA, FIL, THAI et 20.5 <input type="checkbox"/> Désordre plaquettaire Québécois QPDG2 Duplication du gène <i>PLAU</i> <input type="checkbox"/> Angioedème héréditaire Variations g.2953-3127del (<i>XPNPEPE2</i>), -2399C>A (<i>XPNPEPE2</i>) I/D (ACE), c.1032C>A et c.1032C>G (<i>F12</i>) et g.4332dupG (<i>SERPINE1</i>)

VARIATIONS FAMILIALES CONNUES	ANALYSES AUTRES
- Spécifier le gène et la variation ci-dessous - Joindre une copie du rapport du cas index Condition (Gène) : BMSSA <input type="checkbox"/> Hémophilie A (<i>F8</i>) <input type="checkbox"/> von Willebrand (<i>VWF</i>) <input type="checkbox"/> Hémophilie B (<i>F9</i>) <input type="checkbox"/> Déficit en protéine C (<i>PROC</i>) <input type="checkbox"/> Déficit en facteur VII (<i>F7</i>) <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie S ou C (<i>HBB</i>) Variation spécifique : c. _____ <small>(nomenclature HGVS)</small> p. _____ Nom du cas index : _____ Lien de parenté : _____ No. FAM : _____	<input type="checkbox"/> Détection de contamination foeto-maternelle VCFM5 <input type="checkbox"/> Autre : _____ ARBRE GÉNÉALOGIQUE Inclure un pedigree de la famille et les informations cliniques pertinentes à l'analyse demandée. <small>Attention : - Les requêtes incomplètes et les échantillons inappropriés (ex. hémolysés, mal identifiés) seront jugés non-conformes et seront rejetés. - Pour les conditions d'envoi, veuillez vous référer au site web www.chusj.org/fr/Labotest</small>