



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 

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

**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 :**

