



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



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

(10-ZZ2) #INV: 30009208 (REV. 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

Centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Municipalité \_\_\_\_\_ Pays/Province \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

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