



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



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

(11-16-2017) #INV/30009208(RÉV.2016-11)

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 : _____  | Identification du patient                                    |
| Adresse : Numéro civique _____ Rue _____<br>Municipalité _____ Pays/Province _____<br>Code postal _____ | Nom, Prénom  |
| Téléphone : _____ FAX : _____   | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| MD requérant : _____ # Licence : _____  | # Dossier / #Ass. maladie :                                  |
| <b>Prélèvement fait : Date : _____ Heure : _____</b>  | Date de naissance :  |
| <b>Prélevé par : _____</b>  | ou   |
| Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises                              | 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  
 récursive/poussée de blastes     suivi anomalies antérieures : \_\_\_\_\_

## ÉCHANTILLON DIAGNOSTIC

Cytogénétique oncologique poste : 5355

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moelle<br>(Si possible : tube hépariné ou milieu de transport + tube EDTA + frottis)<br><input type="checkbox"/> Tube hépariné (ou dans un milieu de transport) <input type="checkbox"/> Tube EDTA (1mL)<br><input type="checkbox"/> Frottis - Nombre de lames: _____ | <input type="checkbox"/> Sang<br><input type="checkbox"/> Tube hépariné <input type="checkbox"/> Tube EDTA (1mL) |
| <input type="checkbox"/> Tumeur - spécifier: _____<br>(La zone de la tumeur doit être identifiée)<br>(Pour le CGH, un minimum de 30% du spécimen tumoral est exigé)  | <input type="checkbox"/> LCR   |
| <input type="checkbox"/> Empreinte - spécifier: _____  | <input type="checkbox"/> Ganglion  |
|  | <input type="checkbox"/> Autres : _____  |

## ANALYSE (S) DEMANDÉE (S)

- Caryotype  
 FISH spécifique  
 Sonde : \_\_\_\_\_
- Étude cytogénétique (peut inclure caryotype, FISH ou CGH selon les pratiques du laboratoire)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SMD             | <input type="checkbox"/> t(15;17)                    |
| <input type="checkbox"/> LAL-B           | <input type="checkbox"/> LAM                         |
| <input type="checkbox"/> LAL-T           | <input type="checkbox"/> LLC                         |
| <input type="checkbox"/> LMC             | <input type="checkbox"/> NMP                         |
| <input type="checkbox"/> t(9;22)         | <input type="checkbox"/> MM % plasmocytes: _____     |
| <input type="checkbox"/> Neuroblastome   | <input type="checkbox"/> LMMC                        |
| <input type="checkbox"/> Médulloblastome | <input type="checkbox"/> Lymphome - spécifier: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ewings          |  |
| <input type="checkbox"/> Wilms           |  |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____   |  |

## Section réservée au laboratoire