

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou _____ Plaquer carte d'identification : _____
--	---

Renseignement clinique: _____

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

<input type="checkbox"/> Sang : 5 ml EDTA _____ (nbre) tube(s) <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Amniocytes <input type="checkbox"/> Biopsie chorale	<input type="checkbox"/> Biopsie tissu <input type="checkbox"/> Bloc de paraffine # bloc _____ <input type="checkbox"/> Buvard imbibé de sang EDTA <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (tube EDTA) <input type="checkbox"/> Autre : _____
--	---

ANALYSE DEMANDÉE

<input type="checkbox"/> Chimérisme, pré-greffe <input type="checkbox"/> Chimérisme, post-greffe <input type="checkbox"/> Extraction d'ADN Justification obligatoire : _____ <input type="checkbox"/> Fibrosarcome congénital t(12;15), ETV6/NTRK3 ¹ <input type="checkbox"/> Panel Leucémies aiguës mégacaryoblastiques: ¹ <input type="checkbox"/> t(1;22) RBM15-MKL1 <input type="checkbox"/> t(11;12) NUP98-JARID1A <input type="checkbox"/> inv(16) CBFA2T3-GLIS2 <input type="checkbox"/> Panel Leucémies Lymphoblastiques: ¹ <input type="checkbox"/> t(9;22) <input type="checkbox"/> t(12;21) <input type="checkbox"/> t(1;19) <input type="checkbox"/> t(4;11) <input type="checkbox"/> Panel Leucémies Non-Lymphoblastiques: ¹ <input type="checkbox"/> inv(16) <input type="checkbox"/> t(9;11) <input type="checkbox"/> t(15;17) <input type="checkbox"/> t(8;21) <input type="checkbox"/> Panel Leucémies MLL: ¹ <input type="checkbox"/> t(1;11) <input type="checkbox"/> t(6;11) <input type="checkbox"/> t(10;11) <input type="checkbox"/> t(4;11) <input type="checkbox"/> t(9;11) <input type="checkbox"/> t(11;19) MLL/ENL <input type="checkbox"/> t(11;19) MLL/ELL <input type="checkbox"/> Panel autres translocations: ¹ <input type="checkbox"/> t(5;11) NUP98-NSD1 <input type="checkbox"/> t(6;9) DEK-NUP214 <input type="checkbox"/> t(9;9) PAX5-JAK2 <input type="checkbox"/> t(11;17) MLL-LASP1 <input type="checkbox"/> t(10;11) PICALM-MLL10 <input type="checkbox"/> Lymphome de Burkitt t(8;14) ² <input type="checkbox"/> Lymphome à grandes cellules t(2;5) NPM1/ALK ¹ <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome alvéolaire t(1;13), t(2;13) ¹ <input type="checkbox"/> Sarcome Ewing t(11;22) EWSR1/FLI-1; t(21;22) EWSR1/ERG ¹ <input type="checkbox"/> Séquençage des exons codants du gène GATA2 <input type="checkbox"/> Séquençage des exons codants du gène PAX5 <input type="checkbox"/> Séquençage des exons codants du gène TP53 <input type="checkbox"/> Séquençage des exons codants du gène RUNX1/AML1 <input type="checkbox"/> Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes t(11;22) EWSR1/WT1 ¹ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Facteur V Leiden R506Q <input type="checkbox"/> Déficit en protéine C : <input type="checkbox"/> Prothrombine G20210A <input type="checkbox"/> Mutation 3363C <input type="checkbox"/> MTHFR C677T <input type="checkbox"/> Séquençage gène PROC <input type="checkbox"/> Hémophilie A (Facteur VIII) <input type="checkbox"/> Hémophilie B (Facteur IX) <input type="checkbox"/> von Willebrand type 2, précisez _____ <input type="checkbox"/> Désordre plaquettaire Québécois " Québec Platelet Disorder " <input type="checkbox"/> Thalassémie alpha, délétions 3.7 4.2, MED, SEA, FIL, THAI, 20.5 <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie C <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie S <input type="checkbox"/> Angioedème <input type="checkbox"/> Facteur VII, séquençage gène F7 <input type="checkbox"/> Détection de contamination foeto-maternelle <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Tumeurs cérébrales (H3F3A : p.K27M et p.G34V/R et HIST1H3B : p.K27M) <input type="checkbox"/> Analyse des dystrophies musculaires : Ac anti-dystrophine, Ac anti-calpaïne et Ac anti-dysferline (immunobuvardage) <input type="checkbox"/> Syndrome du X Fragile
--	---

INFORMATION FAMILIALE

Relation avec le cas index _____

Nom du cas index _____

Autre échantillon envoyé pour cette famille _____

Numéro de famille _____

But du test demandé _____

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS

Laboratoire Central
 CHU Sainte-Justine
 Étage 2, bloc 9
 3175, Côte Sainte-Catherine
 Montréal (Québec) H3T 1C5
 Téléphone : 514-345-4931 poste 6229 FAX : 514-345-2339

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Légende: 1 : RT-PCR 2 : PCR