



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 :

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: _____	Identification du patient Nom, Prénom _____ Sexe : F M # Dossier / #Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
--	--

Feuille de travail - CPA

Date(s) de(s) la biopsie(s) : _____ , _____
Année-mois-jour Année-mois-jour

Nombre d'embryons pour le DPI : _____

Stade embryonnaire : Jour 3 Blastocytes

Embryons congelés suite à la biopsie : Oui Non

Date prévue pour le transfert : _____
Année-mois-jour

Prélevé par : _____ Contre vérification : _____

# Tube	# Embryon CPA	Jour dév.	Nombre de cellules	Grade	Cellules intactes	Commentaires	Vérifié par