



Université 
de Montréal

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

DPI - Biopsie embryonnaire - Diagnostic Moléculaire - Cas externe

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD/Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom
Prélèvement fait: Date: _____ Heure: _____	Sexe : F ☐ M ☐
Prélevé par: _____	# Dossier / #Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Date de naissance : ou Plaquer carte

Informations nécessaires

Partenaire

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Année-mois-jour

Dossier : _____ # RAMQ : _____

Donneur de gamète (si applicable)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Année-mois-jour

Dossier : _____ Cocher gamète utilisé : ☐ Sperme ☐ Ovule

INDICATION

*Les analyses ne seront pas complétées en l'absence de réception du consentement (F-2864) par le laboratoire.

☐ PGT-SR Diagnostic préimplantatoire

***Inclure le rapport de cytogénétique du porteur**

Spécifier la formule ISCN du remaniement chromosomique :

☐ PGT-M Diagnostic préimplantatoire pour la maladie monogénique

* Le cas doit avoir été accepté préalablement par le laboratoire et la préparation du test PGT-M personnalisée complétée (voir requête F-7147) avant la soumission de la biopsie.

* Inclure rapport du cas index.

Spécifier la condition et la mutation familiale :

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 : _____	Identification du patient
MD/Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom
Prélèvement fait: Date: _____ Heure: _____	Sexe : F ☐ M ☐
Prélevé par: _____	# Dossier / #Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	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 : _____

[illegible]