

CYTOGENETIC REQUISITION
(VERSION FRANÇAISE au VERSO)

Glen MGH MNH Other _____ Date and time of sampling: _____

Referring Physician:
Licence#:
Address:

Patient Last Name:
First Name:
Medical Record Number:
RAMQ:
Sex:
DOB:

Tel: ()

Report copy to: _____

FOR BABIES: MOTHER'S RAMQ _____

PRENATAL: <input type="checkbox"/> amniotic fluid <input type="checkbox"/> cystic hygroma fluid <input type="checkbox"/> ascites fluid <input type="checkbox"/> other _____ (specify)	
<input type="checkbox"/> Karyotype for fetal malformations ¹ <input type="checkbox"/> NO karyotype (array pending) <input type="checkbox"/> Cell culture and storage ² <input type="checkbox"/> other ³ _____ Please note: "Pregnancy solely at risk for common aneuploidy" is no longer an indication for karyotyping in our centre	¹ Provide copy of ultrasound report ² Requires validation by medical geneticist (name: _____) and is limited to a period of 24 months, after which the sample will be destroyed unless written request to the contrary has been received. ³ Provide documentation/information. Complete and submit Form B if transfer of the sample for non-cytogenetic testing is required

POSTNATAL, NON-CANCER: <input type="checkbox"/> peripheral blood <input type="checkbox"/> tissue: _____ (specify)	
Indication: <input type="checkbox"/> Autosomal trisomy: _____ (specify) <input type="checkbox"/> Turner/Klinefelter <input type="checkbox"/> Azo/oligospermia ¹ <input type="checkbox"/> Premature ovarian failure ¹ <input type="checkbox"/> > 3 unexplained miscarriages ² Spouse name: _____ <input type="checkbox"/> Fanconi Anemia (only on Monday and Tuesday) <input type="checkbox"/> Microdeletion syndrome: _____ (specify) <input type="checkbox"/> Other: _____ (specify) ³	¹ Karyotyping the partner is <i>not</i> indicated ² Direct consultation with the cytogeneticist on-service is required if there have been fewer than 3 losses ³ Array genomic hybridization should be the first-line laboratory investigation for developmental delay/mental retardation, autism, multiple congenital anomalies or dysmorphic features. Furthermore, chromosome studies and FISH tests are not routinely required for the above-mentioned patients who have normal array genomic hybridization studies using a platform that includes whole genome coverage (Paediatr. Child Health (2011) 16: 211)

POSTNATAL, CANCER: <input type="checkbox"/> bone marrow <input type="checkbox"/> peripheral blood <input type="checkbox"/> solid tumor _____ <input type="checkbox"/> touch prep or <input type="checkbox"/> paraffin section (please also complete and submit pre-analytical information sheet)	
Indication: <input type="checkbox"/> Suspected ¹ <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> New diagnosis <input type="checkbox"/> Relapse <input type="checkbox"/> Transformation <input type="checkbox"/> Pre-transplant <input type="checkbox"/> Post-transplant : Sex of donor ___M ___F <input type="checkbox"/> Other _____ *** Please let us know if patient has a known constitutional cytogenetic anomaly	<input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> CMPD ¹ <input type="checkbox"/> Multiple Myeloma (FISH only) ¹ <input type="checkbox"/> CLL (FISH only) <input type="checkbox"/> Lymphoma : _____ (specify) ¹ ¹ Sample may be stabilized and held for 6 months pending verbal communication of referring physician with on-service cytogeneticist

REQUISITION DE CYTOGÉNÉTIQUE
(english VERSION on the back)

Glen HGM HNM Autre _____ Date et heure de l'échantillonnage: _____

Médecin référant:
N° permis:
Adresse:

Patient Nom de famille:
Prénom:
Numéro du Dossier Médical:
RAMQ:
Sexe:
Ddn:

N° Tél: ()

Copie du rapport à: _____ POUR UN BEBE : RAMQ DE LA MAMAN _____

PRÉNATAL: <input type="checkbox"/> liquide amniotique <input type="checkbox"/> liquide provenant de l'hygroma <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> autre _____ (spécifier)	
<p>Indication:</p> <p><input type="checkbox"/> Caryotype pour malformations majeures ¹</p> <p><input type="checkbox"/> PAS DE caryotype (micropuces en cours)</p> <p><input type="checkbox"/> Culture et congélation de cellules²</p> <p><input type="checkbox"/> autre³ _____</p> <p>Notez bien que : «Grossesse uniquement à risque accru d'aneuploïdie fréquente» n'est pas une indication pour caryotype dans notre centre</p>	<p>¹ Une copie du rapport d'échographie est exigée</p> <p>² Cette demande doit être appuyée par un médecin généticien (nom: _____) et la conservation est limitée à 24 mois, à moins d'avis contraire écrit.</p> <p>³ Documentation exigée. Compléter et soumettre le Formulaire B si une demande de transfert pour analyse autre que cytogénétique est indiquée</p>

POSTNATAL, NON-CANCER: <input type="checkbox"/> sang périphérique <input type="checkbox"/> tissu: _____ (spécifier)	
<p>Indication:</p> <p><input type="checkbox"/> Trisomie d'un autosome: _____ (spécifier)</p> <p><input type="checkbox"/> Turner/Klinefelter</p> <p><input type="checkbox"/> Azo/oligospermie¹</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance ovarienne prématurée¹</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 3 avortements spontanés non-expliqués² Nom du conjoint: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anémie de Fanconie (lundi et mardi seulement)</p> <p><input type="checkbox"/> Syndrome de microdélétion: _____ (spécifier)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____ (spécifier)³</p>	<p>¹ Le caryotype du conjoint/de la conjointe n'est pas indiqué</p> <p>² Consultation avec la cytogénéticienne de garde requise s'il y a moins de 3 pertes de grossesse</p> <p>³ L'analyse par micropuce devrait être le premier test effectué pour les indications suivantes: retard de développement, autisme, anomalies congénitales multiples et dysmorphisme. De plus, le caryotype et la FISH ne sont normalement pas requis pour les patients ayant un résultat normal en micropuce (Paediatr. Child Health (2011) 16: 211)</p>

POSTNATAL, CANCER: <input type="checkbox"/> moelle osseuse <input type="checkbox"/> sang périphérique <input type="checkbox"/> tumor solide _____ (spécifier)	
<input type="checkbox"/> touch prep or <input type="checkbox"/> tissu inclus en paraffine (SVP compléter et soumettre la feuille d'information pré-analytique)	
<p>Indication:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic suspecté ¹</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic connu</p> <p><input type="checkbox"/> Nouveau diagnostic</p> <p><input type="checkbox"/> Rechute</p> <p><input type="checkbox"/> Transformation</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-transplant</p> <p><input type="checkbox"/> Post-transplant : Sexe du donneur ___M ___F</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>*** Anomalies constitutionnelle connue? Si oui, spécifiez : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> LAL</p> <p><input type="checkbox"/> LAM</p> <p><input type="checkbox"/> SMD</p> <p><input type="checkbox"/> LMC</p> <p><input type="checkbox"/> SMP¹</p> <p><input type="checkbox"/> Myélome Multiple (FISH seulement) ¹</p> <p><input type="checkbox"/> LLC (FISH seulement)</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphome : _____ (spécifier) ¹</p> <p>¹ L'échantillon pourrait être stabilisé et gardé pour 6 mois à moins d'une demande faite par le médecin référant à la cytogénéticienne de garde.</p>