

*Prescriber	
<p>* Last & First name: _____</p> <p>* No. Licence: _____</p> <p>* SITE, Clinic, office: _____</p> <p>* Address for return of results: _____</p> <p>*No. telephone: _____</p> <p>*Signature: _____ *Date (YYYY/MM/DD): _____</p> <p>Report copy to: _____ No. Licence: _____</p>	<p>* Last name: _____</p> <p>* First name: _____</p> <p>* MRN or RAMQ: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>* Date of birth (YYYY/MM/DD): _____</p> <p>* Gender: _____</p> <p>For babies, Mother's RAMQ:</p> <p style="text-align: center;">* MANDATORY INFORMATION</p> <p>* Collection Date: _____ *Time: _____</p> <p>* Collected by: _____</p>

CONSTITUTIONAL / NON-CANCER: **Peripheral blood** (collected in a green top sodium heparin vacutainer)

Postnatal tissue and product of conception/stillbirth: _____ (specify)

*** Indication:**

Autosomal trisomy: _____ (specify)

Turner / Clinical presentation: _____

Klinefelter

Azo/oligospermia

Premature ovarian failure

Unexplained miscarriages Number: _____ Spouse name: _____

Repeated failed embryo transfer (specify clinical reason for undertaking *in vitro* procedure and number of failures): _____

DEB testing / Fanconi Anemia *** **Sampling only on Monday and Tuesday**
Clinical presentation: _____

Proband, fetus or parent of proband with abnormal karyotype or chromosomal microarray result
Name of proband: _____ / Mother's name for fetus: _____
Karyotype/ microarray result or report number: _____

CANCER: **Bone marrow** **Peripheral blood** (collected in a green top sodium heparin vacutainer)

Tumor: _____ (specify)

Touch-preps or FFPE tissue (please complete the Tissue FISH requisition)

<p>* Indication:</p> <p><input type="checkbox"/> Suspected¹</p> <p><input type="checkbox"/> Known</p> <p><input type="checkbox"/> Follow-up</p> <p><input type="checkbox"/> Relapse</p> <p><input type="checkbox"/> Transformation</p> <p><input type="checkbox"/> Pre-transplant</p> <p><input type="checkbox"/> Post-transplant</p> <p>Sex of donor : _____M _____F</p> <p>Please let us know if patient has a known constitutional cytogenetic anomaly: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Acute Lymphocytic Leukemia (ALL)</p> <p><input type="checkbox"/> Acute Myeloid Leukemia (AML)</p> <p><input type="checkbox"/> Myelodysplastic syndrome (MDS)</p> <p><input type="checkbox"/> Myelofibrosis</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic Myeloid Leukemia (CML)</p> <p><input type="checkbox"/> Hypereosinophilia</p> <p><input type="checkbox"/> Other Chronic Myeloproliferative Disorder (CMPD)¹: _____ (specify)</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple Myeloma¹</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) (new diagnosis)</p> <p><input type="checkbox"/> CLL relapse or treatment-resistant</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphoma¹: _____ (specify)</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>¹ Sample may be stabilized and held for 6 months pending verbal communication of clinician with on-service cytogeneticist.</p>
--	--

*Prescripteur	* Nom de famille: _____ * Prénom: _____ * NRM ou RAMQ: _____ Adresse: _____ * Date de naissance (JJ /MM/ AAAA): _____ * Sexe: _____ Pour bébés, RAMQ de la Mère : *INFORMATION OBLIGATOIRE
* Nom de famille et prénom: _____ * No de Licence: _____ * SITE, Clinique, bureau: _____ * Adresse de retour des résultats: _____ *No. de téléphone: _____ *Signature: _____ *Date (JJ/ MM/AAAA): _____ Report copy to: _____ No. Licence: _____	* Prélevé le: Date _____ *Heure: _____ * Prélevé par: _____

CONSTITUTIONNEL / NON CANCER: Sang périphérique (prélèvement dans un tube vert héparine de sodium)
 Tissu postnatal et produit de conception/mortinatalité: _____ (spécifié le type)

*** Indication:**

- Trisomie d'un autosome: _____ (spécifier)
- Turner / présentation clinique: _____
- Klinefelter
- Azo/oligospermie
- Insuffisance ovarienne prématurée
- Avortements spontanés non-expliqués: Nombre: _____ Nom du conjoint: _____
- Échecs de transfert d'embryons (spécifier la raison clinique pour l'approche in vitro et le nombre d'échecs): _____
- Test de sensibilité au DEB / Anémie de Fanconi *** **Échantillonnage le lundi et mardi seulement**
Présentation clinique: _____
- Propositus, foetus ou parent d'un propositus avec un résultat de caryotype ou micropuce anormal
Nom du propositus: _____ / Nom de la mère du foetus: _____
Résultat du caryotype et/ou micropuce et numéro du rapport: _____

CANCER: Moelle osseuse Sang périphérique (prélèvement dans un tube vert héparine de sodium)

- Tumeur: _____ (spécifier le type)
- Touch-prep ou tissu inclus en paraffine (soumettre la requête cytogénétique pour FISH sur tissu)

*** Indication:**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suspecté¹ <input type="checkbox"/> Connu <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Transformation <input type="checkbox"/> Pré-transplant <input type="checkbox"/> Post-transplant Sexe du donneur :
_____M _____F | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Lymphoblastique (LAL) <input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Myéloïde (LMA) <input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplasique (SMD) <input type="checkbox"/> Myélofibrose <input type="checkbox"/> Leucémie Myéloïde Chronique (LMC) <input type="checkbox"/> Hyperéosinophilie <input type="checkbox"/> Autre Syndrome Myéloprolifératif (SMP)¹: _____ (spécifier) <input type="checkbox"/> Myélome Multiple¹ <input type="checkbox"/> Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) (nouveau diagnostic) <input type="checkbox"/> LLC rechute ou échec de traitement <input type="checkbox"/> Lymphome¹: _____ (spécifier) <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
|--|---|

Anomalie constitutionnelle connue? Si oui, spécifier: _____

¹ L'échantillon pourrait être stabilisé et conservé pour 6 mois à moins d'une demande faite par le médecin référant à la cytogénéticienne de garde.