

* Prescriber	
<p>* Last & First name: _____</p> <p>* No. Licence: _____</p> <p>* 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 style="text-align: center;">* MANDATORY INFORMATION</p>
*Date and time of collection	
<p>*20____/____/____ *Time : _____</p> <p>*Collected by : _____</p>	

Important notes:

- Please contact the cytogeneticist on call before sending paraffin-embedded tissue if a fixative other than formalin or if decalcification was used. Such treatments may cause FISH failure.
- Double identifiers needed on slides or case will be returned to the referring pathologist

FFPE* tissue FISH Block number: _____ Formalin fixation time: _____

Touch-prep

* FFPE: Formalin-fixed paraffin embedded

Surgical Path #: _____

Diagnosis: _____

Specific probe requested: _____

- Amplification**
- Rearrangement**

Slide (for FFPE tissue FISH only):

1. Please circle area that should be scored on H&E Slide
2. In cartoon below, diagram specimen in correct orientation on FISH slide and indicate area to be scored:



Tumor content (% tumor cells in the circled areas indicated above):

Histopathological description and comments (ex. excessive mucus present, necrosis, etc.):

.....

.....

.....

Shipping:

External clients: Send slides for FISH, H&E slide as well as completed pre-analytical information sheet by courier to the Glen Site-MUHC, Specimen Receiving E05.3028.1, 1001 Decarie Blvd, Montreal, QC H4A3J1.

***Label outside and inside packaging with a green label (or green highlighted label) marked CYTOGENETICS.

Internal clients (Glen-site): Bring slides to Pathology reception. Receptionist will call Cytogenetics spectralink for pick up.

For questions, call the Cytogeneticist-on-call (514-412-4432) or the Assistant Chief Technologist (514-412-4432 / 514-412-4400 x22808)

* Prescripteur	
*Nom & Prénom : _____ *No. Permis : _____ *Clinique, bureau: _____ *Adresse pour le retour des résultats : _____ *No. Téléphone: _____ *Signature: _____ *Date (AAAA/MM/JJ): _____ Copie du rapport à: _____ *No. Permis : _____	* Nom: _____ * Prénom: _____ * No.de dossier ou RAMQ: _____ Adresse : _____ * Date de naissance :(AAAA/MM/JJ) : _____ * Sexe _____ <p style="text-align: center;">* Renseignements Obligatoires</p>
	*Date et heure du prélèvement
	*20 ____ / ____ / ____ *Heure : _____ *Prélevé par: _____

Important:

- Veuillez SVP contacter la cytogénéticienne en service avant d'envoyer des lames FFPE si un fixative autre que le formol ou si une décalcification a été utilisé. Ce traitement peut mener à l'échec du FISH.
- Une double identification des lames et de cette requête est nécessaire ou le cas sera retourné au pathologiste.

Tissu FFPE* Numéro du bloc: _____ Durée de fixation: _____

Touch-prep

* FFPE: Formalin-fixed paraffin embedded

Numéro chirurgicale pathologique: _____

Diagnostic: _____

Sonde spécifique demandée: _____

- Amplification**
- Réarrangement**

Lame (pour tissu FFPE FISH seulement):

1. Veuillez SVP encercler sur la lame H&E la région qui doit être analysée
2. Ci-dessous, veuillez SVP dessiner la coupe de tissu selon l'orientation sur la lame FISH et indiquer la région à analyser:



Contenu tumoral (% de cellules tumorales à l'intérieur de la région encerclée):

Description histopathologique et commentaires (ex. mucus excessif, nécrose) :

Envoi:

Client externe: Envoyer les lames FISH et H&E, ainsi que cette requête dûment remplie au: Site Glen-CUSM, Réception des Échantillons E05.3028.1, 1001 Boulevard Décarie, Montréal, QC, H4A3J1.

*** Identifier l'extérieur et l'intérieur du coli avec une étiquette verte (ou surlignée en vert) marquée CYTOGÉNÉTIQUE.

Client interne (Glen): Apporter les lames à la réception de pathologie. La réceptionniste doit ensuite appeler le spectralink de cytogénétique.

Pour toute question, appeler la Cytogénéticienne en service (514-412-4432) ou l'Assistante Chef Technologiste (514-412-4432 / 514-412-4400 x22808)