



* Nom:

* Prénom :

No. de dossier ou RAMQ :

Adresse :

Téléphone:

* Date de naissance (AAAA/MM/JJ):

* Sexe: M F

Renseignements obligatoires

*** Prescripteur**

*Nom et Prénom: _____

*Clinique, bureau: _____

*Adresse pour le retour des résultats: _____

*No. téléphone : _____ *No. de télécopieur: _____

*Signature: _____

*Date (AAAA/MM/JJ): _____

Type d'échantillon:

Sang Urine Sang séché

LCR Autre: _____

Date du prélèvement (AAAA/MM/JJ): ____/____/____

Heure du prélèvement (00:00) : _____

Prélevé par: _____

RENSEIGNEMENT CLINIQUE:

Un test a-t-il déjà été effectué sur ce patient? Non Oui - Spécifier : _____

Renseignement(s) clinique pertinent(s): _____

Médicament(s) ? _____ Diète spéciale ? _____

Analyses génétiques biochimiques (disponible au GLEN):

Sang:	Urine:	LCR:
Tube hepariné sodium ou lithium (à bouchon vert)	<input type="checkbox"/> Acides aminés	<input type="checkbox"/> Acides aminés
<input type="checkbox"/> Acides aminés	<input type="checkbox"/> Cystine urine (MCH)	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Profile de PCU	<input type="checkbox"/> DNPH (urine fraîche)‡	
<input type="checkbox"/> Acylcarnitines (profil)	<input type="checkbox"/> Sulfitest (urine fraîche)‡	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Tube EDTA (à bouchon lavande)	Pour les analyses suivantes: SVP Contacter le laboratoire biochimie	
<input type="checkbox"/> Homocysteine Totale (HPLC)‡	génétique ext. 22071 au moins 2 jours avant le prélèvement:	
Tube sans additive (à bouchon doré ou rouge)	<input checked="" type="checkbox"/> Cystine leucocytaire (WBC Cystine) - 5 ml sang total	
<input type="checkbox"/> Transferrine glycosylée (CDT) ‡	(tube hepariné lithium ou sodium (bouchon vert) - NE PAS CENTRIFUGER)	
‡ Analyses faites au laboratoire central	<input checked="" type="checkbox"/> Culture des Fibroblastes ** (** Doit être approuvée par un généticien)	

Analyses génétiques biochimiques : Envoies Externes

Sang Total:	Urine:	LCR:
<input type="checkbox"/> Stérols	<input type="checkbox"/> Acides Organiques	<input type="checkbox"/> Neurotransmetteurs (métabolites)*
<input type="checkbox"/> Acides gras à très long chaine (AGTLC)	<input type="checkbox"/> Créatine /Guanidinoacétate	* SVP contacter le laboratoire biochimie génétique
<input type="checkbox"/> Succinylacétone	<input type="checkbox"/> Glycosaminoglycans (GAG's ou MPS)	ext 22071 pour plus d'informations
<input type="checkbox"/> Acide Pipécolique	<input type="checkbox"/> Oligosaccharides	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Biotinidase (sérum)	<input type="checkbox"/> Purines/Pyrimidines	
<input type="checkbox"/> Galactose-1-Phosphate	<input type="checkbox"/> Acide méthylmalonique (MMA)	Sang séché sur papier filtre:
<input type="checkbox"/> Enzymes Lyosomaux*	<input type="checkbox"/> Acide Orotique	<input type="checkbox"/> Dépistage de Galactosémie
Spécifier: _____	<input type="checkbox"/> Acylglycines quantitatif	<input type="checkbox"/> Biotinidase
* aviser section des envoies ext. 34628	<input type="checkbox"/> Succinylacétone	<input type="checkbox"/> Autre: _____
2 jours avant le prélèvement	<input type="checkbox"/> Autre: _____	
<input type="checkbox"/> Autre: _____		

Envoyer les spécimens au Laboratoire Central (E4.3026) 1001 Boulevard Décarie, Montréal, QC H4A 3J1

Tél: 514-514-934-1934 ext.22071, Télécopieur: 514-843-1584

BIOCHEMICAL GENETICS REQUISITION

(VERSION FRANÇAISE au VERSO)



* Last name:

* First name:

MRN or RAMQ :

Address :

Telephone:

* Date of birth (YYYY/MM/DD):

* Gender : M F

*** Mandatory Information**

* Prescriber:

*Last and First name:

*Clinic, office:

*Address for return of results:

*Telephone : _____ Fax: _____

*Signature: _____

*Date (YYYY/MM/DD): _____

Specimen type:

Blood CSF Dried Blood Spot

Urine Other: _____

Date of collection (YYYY/MM/DD): ____/____/____

Time of collection (00:00) : _____

Collected by: _____

CLINICAL INFORMATION

Previous investigation done on this patient? No Yes - Specify : _____

Relevant Clinical Information _____

Medication(s) ? _____ Special diet ? _____

Biochemical Genetics Tests (done at the GLEN):

Blood:	Urine:	CSF:
<p>Heparin Sodium or Lithium tube (green top)</p> <input type="checkbox"/> Amino acids <input type="checkbox"/> PKU (profile) <input type="checkbox"/> Acylcarnitines (profile)	<input type="checkbox"/> Amino acids <input type="checkbox"/> Cystine urine (MCH) <input type="checkbox"/> DNPH (fresh sample)‡ <input type="checkbox"/> Sulfitest (fresh sample)‡ <input type="checkbox"/> Other : _____	<input type="checkbox"/> Amino acids <input type="checkbox"/> Other: _____
<p>EDTA tube (lavander top)</p> <input type="checkbox"/> Total Homocysteine (HPLC)‡	<p>For following tests : need 2-days notice to the biochemical genetics lab at ext. 22071 prior to sample collection</p> <input type="checkbox"/> White Blood Cells Cystine* (WBC Cystine) (5 ml whole blood in heparin sodium or lithium tube (green top)- DO NOT SPIN) <input type="checkbox"/> Fibroblasts cell line ** (** Only with the Geneticist approval)	
<p>No additive tube (Gold or Red top)</p> <input type="checkbox"/> Carbohydrate-deficient transferrin (CDT)‡		

‡ Test done in central laboratory

Biochemical Genetics Tests : External Send-Out

Blood:	Urine:	CSF:
<input type="checkbox"/> Sterols <input type="checkbox"/> Very Long Chain Fatty Acids (VLCFA) <input type="checkbox"/> Succinylacetone <input type="checkbox"/> Pipecolic acid <input type="checkbox"/> Biotinidase (serum) <input type="checkbox"/> Galactose-1-Phosphate <input type="checkbox"/> Lysosomal Enzymes * Specify: _____	<input type="checkbox"/> Organic acids <input type="checkbox"/> Creatine/Guanidinoacetate <input type="checkbox"/> Glycosaminoglycans (GAG's or MPS) <input type="checkbox"/> Oligosaccharides <input type="checkbox"/> Purines/Pyrimidines <input type="checkbox"/> Methylmalonic Acid (MMA) <input type="checkbox"/> Orotic Acid <input type="checkbox"/> Acylglycines quantitative <input type="checkbox"/> Succinylacetone	<input type="checkbox"/> Neurotransmitters (metabolites) * * Contact Biochemical Genetics Lab at ext. 22071 for more informations <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	<p>DRIED BLOOD SPOT:</p> <input type="checkbox"/> Galactosemia Screen <input type="checkbox"/> Biotinidase <input type="checkbox"/> Other: _____

* Notify send-out service at ext. 34628 2 days prior sample collection

Send samples to the Glen Central Laboratory (E04.3026), 1001 Décarie Boulevard, Montreal, QC H4A 3J1

Tel: 514-934-1934 ext.22071, Fax: 514-843-1584