

REQUÊTE CYTOGÉNÉTIQUE pour MFIU et mortinaissance (English version on the back)

*Médecin	* Nom de famille: _____
* Nom de famille et prénom: _____	* Prénom: _____
* No de Licence: _____	* NRM ou RAMQ: _____
* SITE, Clinique, bureau: _____	Adresse: _____
* Adresse de retour des résultats: _____	* Date de naissance (AAAA/MM/JJ): _____
	* Sexe: _____
	*INFORMATION OBLIGATOIRE
*No. de téléphone: _____	* Prélevé le: Date _____ *Heure: _____
*Signature: _____ *Date (AAAA/MM/JJ): _____	* Prélevé par: _____
Envoyer copie du rapport à: _____ No. Licence: _____	

Échantillons: Mort fœtale in utero (MFIU) et produit de conception/ mortinaissance

REMARQUE IMPORTANTE : Les différents types d'échantillons doivent être fournis dans des réipients séparés, avec les doubles identifiants du patient et le type de tissu également inscrits sur le récipient.

Précisez le type d'échantillon fourni dans chaque récipient

- Tissu cutané fœtal
- Tissu du cordon ombilical
- Autre: _____
- Liquide amniotique prélevé au décès (20-30ml recueillis dans des tubes stériles)

Âge gestationnel (AG): _____

Cause de la mort fœtale/ anomalies: _____

MFIU avec retard de croissance ou anomalies congénitales et/ou AG ≥ 20 semaines:

Procédures offertes actuellement:

- Extraction d'ADN en vue d'un éventuel test de micropuce chromosomique (CMA) (une consultation en génétique médicale et un consentement signé sont nécessaires).
- Culture et congélation des cellules (un caryotype peut être réalisé si le patient choisit de ne pas faire le test CMA).
Note: La conservation est limitée à 48 mois. L'échantillon sera détruit après ce délai, sauf demande écrite contraire.

MFIU sans retard de croissance ou anomalies congénitales et AG < 20 semaines:

Procédure offerte actuellement:

- Analyse du caryotype

Histoire familiale pertinente:

- Trois (3) ou plus pertes de grossesse inexplicées
- Consanguinité connue
- Autre : _____

Demande de consultation en génétique médicale envoyée (pour analyse micropuce)? Oui À suivre

Clinique de génétique de l'Hôpital Royal Victoria: FAX : 514-412-4296, Téléphone: 514-412-4400 ext. 24427
Clinique de génétique prénatale de l'Hôpital Général Juif: FAX : 514 340-8222, Téléphone: 514-340-8222 ext. 23428

**Laboratoire de cytogénétique (E5.3028.1) 1001 Boulevard Décarie, Montréal, QC H4A 3J1
Tél: 514-412-4432, Fax: 514-412-4385, Hors heures: appeler le centre d'appel**



CYTOGENETICS REQUISITION for IUFD and stillbirth

(VERSION FRANÇAISE au VERSO)

*Physician	* Last name: _____
* Last & First name: _____	* First name: _____
* No. Licence: _____	* MRN or RAMQ: _____
* SITE, Clinic, office: _____	Address: _____
* Address for return of results: _____	* Date of birth (YYYY/MM/DD): _____
*No. telephone: _____	* Gender: _____
*Signature: _____ *Date (YYYY/MM/DD): _____	*MANDATORY INFORMATION
Report copy to: _____ No. Licence: _____	* Collection Date: _____ *Time: _____
	* Collected by: _____

Intra-uterine fetal demise (IUFD) and stillbirth samples:

IMPORTANT NOTE: Different sample types should be provided in separate containers with double patient identifiers and tissue type also written on the container.

Specify sample type provided in each container:

- Fetal skin tissue
- Umbilical cord tissue
- Other: _____
- Amniotic fluid taken at the time of the demise (20-30ml collected in sterile tubes)

Gestational age (GA): _____

Cause of fetal death/ anomalies: _____

IUFD with evidence of growth restriction or congenital anomalies and/or GA ≥ 20 weeks:

Procedures currently performed:

- DNA extraction for possible Chromosomal microarray (CMA) testing (referral to medical genetics and signed consent are required)
- Cell culture and storage (karyotype could be performed if patient opting out of CMA testing)
Note: Storage is limited to a period of 48 months, after which the sample will be destroyed unless written request to the contrary has been received.

IUFD without evidence of growth restriction or congenital anomalies and GA < 20 weeks:

Procedure currently performed:

- Karyotype analysis only

Pertinent family history:

- Parents with three (3) or more unexplained miscarriages
- Known consanguinity
- Other: _____

Medical Genetics consultation request sent (for CMA testing)? Yes To follow

Royal Victoria Hospital Genetics clinic: FAX : 514-412-4296, Phone: 514-412-4400 ext. 24427
Jewish General Hospital Prenatal Genetics clinic: FAX : 514 340-8222, ext. 28712, Phone: 514-340-8222 ext. 23428

**Cytogenetics Laboratory (E05.3028.1), 1001 Décarie Boulevard, Montreal, QC, H4A 3J1
Tel: 514-412-4432, Fax: 514-412-4385, Off-hours: contact the call center**