

NOTE DE SERVICE

MEMORANDUM

date:	2021 12 03	
à :	Tous les utilisateurs du laboratoire de pathologie et cytogénétique du site Glen CUSM	
to:	All MUHC Glen Pathology and Cytogenetic Laboratory Users	
de:	Dr. Miriam Blumenkrantz	Melissa Trickey
from:	Pathologiste et cytogénéticienne Pathologist and Cytogeneticist	Chef de service, Laboratoire de Pathologie Glen Laboratory Manager, Glen Pathology Laboratory
objet :	Révision du formulaire de la demande de pathologie placentaire et nouveau formulaire de demande de cytogénétique pour MFIU et mortinaissance.	
subject:	Revised placental pathology requisition and new Cytogenetics requisition for IUFD and stillbirths	

ENGLISH WILL FOLLOW

Veillez noter les changements suivants :

1. Le formulaire de demande d'examen de pathologie placentaire au laboratoire de pathologie du site Glen a été révisé et comprend une liste élargie d'exceptions ("ne pas envoyer").
2. Un nouveau formulaire pour examen cytogénétique a été créé pour les demandes de tests cytogénétiques sur les échantillons MFIU et mortinaissance.

Les formulaires sont disponibles par l'intermédiaire de Printsys en utilisant la DM-5824 (placenta) ou la DM-5316 (cytogénétique). Ils sont également disponibles sur le site Web des laboratoires du CUSM.

<https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>

Si vous désirez plus d'informations, veuillez nous contacter par le biais du Service à la clientèle pour les laboratoires cliniques au 514-934-1934 poste 35687 ou par courriel à laboratoiresCUSM@muhc.mcgill.ca

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration.

Please note the following changes:

1. The requisition for placental pathology examination at the Glen Site Pathology Laboratory has been revised and includes an expanded exception ("do not send") list.
2. A new Cytogenetics requisition has been created to request cytogenetic testing of IUFD and stillbirth samples.

The requisitions are available through Printsys using DM-5824 (placenta) or DM-5316 (cytogenetics). They are also available on the MUHC Laboratory website:

<https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>

Should you require further information, please contact us through Client Services for Clinical Laboratories at 514-934-1934 ext 35687 or via email at laboratoiresCUSM@muhc.mcgill.ca

We thank you for your understanding and cooperation.

TRIAGE OBSTÉTRIQUE PLACENTAIRE (PARTIE A)

ET REQUÊTE POUR UNE ÉVALUATION PATHOLOGIQUE (PARTIE B)

INFORMATION DU MÉDECIN	
*Nom et prénom : _____ *No. de permis : _____ *Clinique / Bureau : _____ *No. de Téléphone : _____ *Signature : _____ Date : aa/mm/jj *Copie à : _____	*Nom et prénom du Patient : _____ *Numéro de dossier médical : _____ *RAMQ : _____ *Adresse : _____ *Date de Naissance : aa/mm/jj Sexe : _____ *Renseignements obligatoires

Origine du Spécimen : Hôpital Glen Autre: _____ Centre de naissance OR USIN Autre : _____

INFORMATION CLINIQUE *Accouchement : AA/MM/JJ (HH:mm) *Age gestationnel : ____ Sem + ____/7j *Parité : G__P__ *Poids du bébé à la naissance : _____ *Poids du placenta : _____ *APGAR _____ <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplets	PARTIE A: TRIAGE OBSTETRIQUE SEULEMENT (utilisez la partie B si un examen de pathologie est requis) <input type="checkbox"/> Aucun examen de pathologie n'est requis (Envoyer la requête aux archives médicales. Le placenta sera retenu une (1) semaine et ensuite jeté) ⇒ Pas d'indication clinique ou pas d'anomalies macroscopiques (exemples): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> •Pas d'infarctus évident/masses/hémorragie •Forme normale & intacte •Pas de nœud serré/surenroulement </td> <td style="width:50%; border: none;"> •Pas de décoloration / odeur nauséabonde •Insertion du cordon normale (pas vélamenteuse) </td> </tr> </table>	•Pas d'infarctus évident/masses/hémorragie •Forme normale & intacte •Pas de nœud serré/surenroulement	•Pas de décoloration / odeur nauséabonde •Insertion du cordon normale (pas vélamenteuse)
•Pas d'infarctus évident/masses/hémorragie •Forme normale & intacte •Pas de nœud serré/surenroulement	•Pas de décoloration / odeur nauséabonde •Insertion du cordon normale (pas vélamenteuse)		

PARTIE B : EXAMEN PATHOLOGIQUE PLACENTAIRE REQUIS—VÉRIFIER INDICATION(S) CI-DESSOUS (Envoyez en pathologie)

CAUSES MATERNELLES : <input type="checkbox"/> Hypertension maternelle (mal contrôlée) <input type="checkbox"/> Toxémie gravidique, Pré-éclampsie <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel (mal contrôlé) <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune maternelle <input type="checkbox"/> Thrombophilie maternelle/coagulopathie (mal contrôlée) <input type="checkbox"/> <u>Récent</u> diagnostic de cancer maternel <input type="checkbox"/> Infection périnatale présumée/signes cliniques d'infection maternelle <input type="checkbox"/> Rupture prolongée des membranes > 24 heures ou odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Saignement excessif (>1000 ml) <input type="checkbox"/> Oligohydramnios sévère/amnion nodosum <input type="checkbox"/> Polyhydramnios <input type="checkbox"/> Toxicomanie	CAUSES FŒTALES : <input type="checkbox"/> Mort fœtale/néonatale (cause inconnue) <input type="checkbox"/> Souffrance fœtale sévère & admission à l'USIN <input type="checkbox"/> Présomption d'asphyxie de naissance / détresse fœtale / tracé fœtal anormal <input type="checkbox"/> Prématurité < 35 semaines <input type="checkbox"/> RCIU (poids à la naissance < 10ème centile) <input type="checkbox"/> Anasarque fœtal <input type="checkbox"/> Convulsions, signes neurologiques <input type="checkbox"/> Jumeaux, discordance de poids à la naissance > 20% <input type="checkbox"/> Perte d'un jumeau après le 1er trimestre <input type="checkbox"/> Interruption pour maladie génétique présumée (inconnue) <input type="checkbox"/> Multigestation compliquée (spécifiez): _____ AUTRE (spécifiez dans la boîte d'information clinique ci-dessous)	CAUSES PLACENTAIRES : <input type="checkbox"/> Implantation placentaire anormale présumée (accreta ou autre) <input type="checkbox"/> Décollement placentaire présumé ou hématome rétroplacentaire <input type="checkbox"/> Infarctus ou masse présumé(e) <input type="checkbox"/> Œdème massif (môle hydatiforme ou dysplasie mésoenchymateuse présumée) <input type="checkbox"/> Vaisseaux anormaux <input type="checkbox"/> Vaisseaux membraneux (vasa previa) ANOMALIES DU CORDON OMBILICAL <input type="checkbox"/> Véritable nœud serré <input type="checkbox"/> Cordon autour du cou serré <input type="checkbox"/> Cordon court < 32 cm à terme <input type="checkbox"/> Cordon long > 90 cm à terme <input type="checkbox"/> Sur-enroulement >3/10 cm <input type="checkbox"/> Sous-enroulement <1/10 cm <input type="checkbox"/> Insertion anormale (spécifiez): _____ <input type="checkbox"/> Insertion vélamenteux
--	---	--

INFORMATION CLINIQUE ADDITIONNELLE:

N'ENVOYEZ PAS DE PLACENTA pour: multigestation non compliquée, grossesse post-terme, maladie maternelle bien contrôlée, interruption de grossesse pour maladie génétique connue (p. ex. caryotype anormal), artère ombilicale unique, hémorragie postpartum de cause connue, anémie maternelle, prurit gestationnel, cholestase, déclenchement du travail, césarienne, placenta praevia, hyper/hypothyroïdie maternelle, HepB/HepC/VIH/Streptococcus de Groupe B maternel/infection COVID-19, placenta pour la ligature des trompes/excision de cicatrice (n'envoyez que la peau ou les trompes seulement), groupe sanguin Rh-maternel (sans anémie fœtale); Iso-immunisation (rhésus ou autre) ou âge maternel avancé, liquide méconial sans autre indication.

Patiente souhaite récupérer le placenta après l'examen (Envoyer une copie de DM-6126, "Récupération d'un placenta")

*Infirmière _____ * Téléphone: _____ * À être contacté quand le placenta est prêt pour récupération.

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

*Médecin	
* Nom de famille et prénom: _____	* Nom de famille: _____
* No de Licence: _____	* Prénom: _____
* SITE, Clinique, bureau: _____	* NRM ou RAMQ: _____
* Adresse de retour des résultats: _____	Adresse: _____
	* 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