

**REQUÊTE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE
ANALYSE DES ANEUPLOÏDIES FOETALES PAR QF-PCR**

Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire
1001 boul. Décarie, E05.5051, Montréal, QC, H4A 3J1
Courriel: molecular.genetics@muhc.mcgill.ca
Tel: 514-934-1934 x23383 / x23298
Fax: 514-938-7405

Médecin prescripteur:*

Nom, Prénom:*

Permis #:* Institution:*

Adresse:*

Courriel:*

Tel: * Fax: *

(Fax pour envoi des résultats)

Conseiller(e)/Infirmier(e):

Tel: * Fax: *

Je certifie avoir expliqué au patient/tuteur la nature, les bénéfices, risques et limites des analyses demandées et confirme avoir obtenu son consentement éclairé autorisant ces analyses. J'autorise le laboratoire à télécopier les résultats au numéro indiqué ci-haut.

Signature: * Date: * / /

Échantillon:*

Date prélèvement – Heure: * / / à h min

Prélevé par (Nom, Prénom):*

- Liquide amniotique:** 2 x 1.0 ml EPPENDORF
- Liquide amniotique:** 20 ml (pour analyses complémentaires futures)
- Sang de cordon:** 500 µL de sang dans tube EDTA (bouchon violet)
- Frottis buccal** (analyse de contamination maternelle)
- Autre – Spécifier: _____

Tissu fixé (FFIP) :

- 10 coupes de 5 µm dans un tube de 1,5 mL (minimum de 5 coupes)
- 6 lames blanches de 5µm d'épaisseur

SVP fournir une lame H&E.

Pour chaque FFIP, clairement indiquer les régions fœtales et maternelles au cas où une macrodissection ou un punch est requis.

Voir répertoire pour les spécificités liées à l'analyse demandée:
<https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medecale>

Réservé au laboratoire:

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom:*

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

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):*

RAMQ #:*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe: * Masculin Féminin Inconnu

Information sur la grossesse:*

Âge gestationnel lors du prélèvement de l'échantillon:

_____ semaines au _____ / _____ / _____ DDM Écho

Grossesse multiple (Veuillez envoyer une requête et des étiquettes séparées pour chaque échantillon, avec les identifications "JUMEAU 1", "JUMEAU 2", etc.)

Indication:*

Mort fœtale in utero

Risque accru d'aneuploïdie des chromosomes 13, 18, 21, X ou Y:

Dépistage prénatal risque élevé (spécifier risque): _____

Grossesse précédente avec aneuploïdie (spécifier): _____

NIPT non concluant

Risque élevé au NIPT:

T21 T18 T13

Aneuploïdie des chromosomes sexuels (spécifier): _____

Autre aneuploïdie (spécifier): _____

Trouvailles fœtales à l'échographie:

- Marqueurs faibles fœtaux
- Anomalie de structure fœtale
- Retard de croissance in utero inexplicable

Grossesse à risque pour une autre condition:

À risque pour une condition monogénique

À risque pour une délétion/duplication chromosomique (spécifier): _____

À risque pour translocation chromosomique déséquilibrée (spécifier): _____

À risque pour une infection fœtale

Grossesse molaire (fournir copie des rapports de morphologie et IHC p57):

Morphologie du spécimen de produit de conception indique une **môle hydatiforme complète** ET les résultats de l'IHC p57 sont:

Positif Négatif Discordant Insatisfaisant

Morphologie du spécimen de produit de conception indique une **môle hydatiforme partielle** ET les résultats de l'IHC p57 sont:

Positif Négatif Discordant Insatisfaisant

Liste de contrôle:*

- Échantillons étiquetés avec au moins deux identifiants*
- Formulaire de requête complété (ce document)*
- Formulaire de consentement

***Informations requises. L'analyse ne sera pas effectuée si des informations sont manquantes.**

**MOLECULAR GENETICS REQUISITION
FETAL ANEUPLOIDY ANALYSIS QF-PCR****Core Molecular Diagnostic Laboratory (CMDL)**
1001 Decarie boul., E05.5051, Montreal, QC, H4A 3J1
Email: molecular.genetics@muhc.mcgill.ca
Tel: 514-934-1934 x23383 / x23298
Fax: 514-938-7405**Referring Physician:***

Name (Last, First):*

License #:* Institution:*

Address:*

E-mail address:*

Tel:* Fax:*

(Fax # to send results)

Genetic counsellor/Nurse:

Tel: Fax:

I acknowledge that the patient/guardian is aware of the benefits, limitations and risks associated with the requested test(s) and that I have obtained informed consent to perform genetic testing for this patient. I authorize the laboratory to fax results to the number provided above.

Signature:* Date:*/*/

Sample Information:*

Collection Date – Time:*/*/ at h min

Collected by (Last, First):*

- Amniotic fluid:** 2 x 1.0 ml EPPENDORF
- Amniotic fluid:** 20 ml (for possible further testing)
- Fetal cord blood:** 500 µL blood in EDTA tube (purple top tube)
- Buccal swab** (for maternal contamination studies)
- Other – Specify: _____

FFPE specimen:

- 10 x 5µm scrolls in 1.5 mL tube (minimum of 5 scrolls)
- 6 x 5µm unstained slides

Please provide one H&E stained slide.**In all FFPE samples, fetal and maternal regions must be clearly indicated in case macrodissection or a punch is needed.****Please check our test directory for test-specific requirements:**
<https://muhc.ca/health-professionals-and-teaching/muhc-clinical-laboratories>**CMDL - Laboratory use only:**

Date – Time received:

/ /

h min

SAMPLE LABEL(S) HERE

Sample type and # of tubes:

Patient #:

Family #:

PATIENT STAMP OR LABEL HERE

Name (Last, First):*

Birth date (YYYY-MM-DD):* / /

Father's name:

Mother's name:

Medical Record # (MRN):*

RAMQ #:*

*For babies, please provide mother's RAMQ #*Sex:* Male Female Unknown**Pregnancy Information:***

Gestational age at the time the sample was drawn:

weeks on / / LMP Ultrasound Multiple pregnancies (Please send a separate requisition and set of labels for each sample, identified as "TWIN 1", "TWIN 2", etc.)**Indication:*** **Intra-uterine fetal demise (IUFD)****Sole risk for chromosomal aneuploidy 13, 18, 21, X or Y:**

- High-risk prenatal screen (specify risk): _____
- Previous pregnancy with aneuploidy (specify): _____
- Inconclusive NIPT
- High-risk NIPT for:
- T21 T18 T13
- Sex chromosome aneuploidy (specify): _____
- Other aneuploidy (specify): _____

Fetal ultrasound findings:

- Fetal soft markers
- Fetal structural anomaly
- Unexplained intra-uterine growth restriction (IUGR)

Pregnancy at risk for other disorders:

- At risk for a single-gene disorder
- At risk for a chromosomal deletion/duplication (specify): _____
- At risk for an unbalanced chromosomal translocation (specify): _____
- At risk for a fetal infection

Molar pregnancy (provide copy of morphology and p57 IHC reports):

- Product of conception specimen morphology indicative of **complete hydatidiform mole** AND p57 IHC results are:
- Positive Negative Discordant Unsatisfactory
- Product of conception specimen morphology indicative of **partial hydatidiform mole** AND p57 IHC results are:
- Positive Negative Discordant Unsatisfactory

Ordering Checklist:*

- Specimen tubes labelled with at least two identifiers*
- Completed test requisition (this form)*
- Consent form

***Required information. Samples will not be processed if information is missing.**