



PROFILAGE GÉNOMIQUE ÉTENDU (CGP)

Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire (CMDL)

OPTILAB-MUHC Génétique

1001 boul. Décarie, E05.5051, Montréal, QC, H4A 3J1

Courriel: molecular.pathology@muhc.mcgill.ca

Site web: <http://cusc.ca/cmdl/tests/profilage-genomique-etendu>

Tel: 514-934-1934 x24900 / x62746 Fax: 514-938-7405

*Informations requises

Médecin prescripteur:*

Le profilage génomique d'une tumeur peut identifier des variations suggérant une prédisposition héréditaire au cancer. Dépendant du résultat, un conseil génétique post-analyse pourrait être recommandé. **Le médecin prescripteur est responsable de l'orientation vers une confirmation germinale et un conseil génétique** lorsqu'une variation héréditaire potentielle est identifiée.

Référez-vous à la liste de gènes située dans la fiche d'information du test, disponible sur notre site web, pour les gènes inclus dans cette analyse.

Nom, Prénom:*

Permis #:*

Institution:*

Adresse:*

Courriel:*

Tel:*

Fax:*

(Fax pour envoi des résultats)

Personne de contact:

Tel:

Fax:

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

Signature:*

Date:*

/ /

Liste de contrôle & envoi:*

Liste de contrôle:

- ☐ Échantillons étiquetés avec au moins deux identifiants*
- ☐ Formulaire de demande d'analyse complété (ce document)*
- ☐ 1 lame H&E colorée et étiquetée avec au moins deux identifiants* (Cette lame ne sera pas retournée)
- ☐ Copie du rapport de pathologie/cytologie*

Instructions pour l'envoi:

- Les lames doivent être envoyées dans une boîte de transport adaptée.
- Les échantillons FFIP (lames/coupes) et les tissus frais sur RNAlater peuvent être envoyés à température ambiante.
- Les tissus congelés doivent être envoyés sur glace sèche le même jour.
- Merci d'envoyer les échantillons et les documents associés à l'adresse en haut de cette page.

Voir la fiche d'information du test pour plus de détails sur la préparation des échantillons et la description du test.

Réservé au laboratoire:

Date – heure de réception:

/ /

h min

Type d'échantillon et # de tubes:

Patient #:

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):*

ID couverture médicale (ex: RAMQ, IUC):*

Pour les bébés, SVP fournir l'ID de la mère

Sexe: ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu

Pourcentage de cellules & type tumoral:*

Pourcentage de cellules tumorales (PCT ≥ 20%):* %

☐ Cholangiocarcinome

☐ Cancer de l'ovaire séreux de haut grade

☐ Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

Les demandes pour tout autre type de cancer seront refusées

Échantillon:*

- Entourer la région tumorale si le pourcentage de cellules tumorales (PCT) est faible

- Toutes les demandes de renvoi d'échantillon seront refusées

Échantillon FFPE:

Les blocs et échantillons décalcifiés par acide formique seront refusés

☐ 10 coupes de 10µm dans un tube de 1.5 mL

☐ 10 lames blanches de 10µm d'épaisseur

Tissu congelé ou frais:

Date prélèvement - Heure:*/ / à h min

Type de tissu - Spécifier:*

☐ ≥ 30 mg de tissu congelé sur glace sèche (envoyer le jour même)

☐ ≥ 30 mg de tissu frais sur RNAlater

Échantillon d'ADN:

☐ ADN: min 10 µg – Source:*

ÉTIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON ICI



Info sur le Test