



REQUÊTE CYTOGÉNÉTIQUE pour mort *in utero* et décès fœtal inexpliqué (English version on the back)

Médecin	
* Nom de famille et prénom: _____ * No de Licence: _____ * SITE, Clinique, bureau: _____ * Adresse de retour des résultats: _____ *No. de téléphone: _____ *Signature: _____ *Date (JJ/MM/AAAA): _____ Envoyer copie du rapport à: _____ No. Licence: _____	* Nom de famille: _____ * Prénom: _____ * NRM ou RAMQ de la mère: _____ * Date de naissance (JJ /MM/ AAAA): _____
*INFORMATION OBLIGATOIRE	
* Prélevé le: Date _____ *Heure: _____ * Prélevé par: _____	
Échantillons en contexte de mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) / décès fœtal inexpliqué : REMARQUES IMPORTANTES : - Les différents types d'échantillons doivent être fournis dans des récipients <u>séparés</u>, avec les doubles identifiants du patient et le type de tissu indiqués sur la requête ET sur le récipient. - Un échantillon de <u>frottis jugal de la mère est obligatoire</u> pour tester la contamination par des cellules maternelles, si nécessaire. *Précisez le type d'échantillon fourni dans chaque récipient : ☐ Tissu cutané fœtal ☐ Tissu du cordon ombilical ☐ Liquide amniotique prélevé au décès (20-30ml recueillis dans des tubes stériles) ☐ Autre: _____	
*Âge gestationnel (AG): _____ Cause de la mort fœtale/ anomalies: _____	
☐ <u>MFIU avec retard de croissance et/ou anomalies congénitales:</u> *Consultation en génétique médicale requise. Seront effectuées : - Extraction d'ADN en vue d'une éventuelle analyse par micropuce chromosomique (CMA) - Culture cellulaire et congélation. <i>Note: L'échantillon fœtal sera conservé pendant 48 mois puis sera détruit, sauf sur demande écrite du contraire.</i>	
☐ <u>MFIU sans retard de croissance ni anomalie congénitale et AG ≥ 20 semaines:</u> Sera effectué : Analyse CMA (consentement requis) ou caryotype (si la patiente refuse l'analyse CMA)	
☐ <u>MFIU sans retard de croissance ni anomalie congénitale et AG < 20 semaines:</u> Sera effectué : Caryotype	
Histoire familiale pertinente: ☐ Trois (3) ou plus pertes de grossesse inexpliquées ☐ Consanguinité connue ☐ Autre : _____	
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	



CYTOGENETICS REQUISITION for IUFD and stillbirth

(Version française au verso)

Physician	
* Last & First name: _____ * No. Licence: _____ * SITE, Clinic, office: _____ * Address for return of results: _____ *No. telephone: _____ *Signature: _____ *Date (YYYY/MM/DD): _____ Report copy to: _____ No. Licence: _____	*Last name: _____ *First name: _____ *MRN or RAMQ of mother: _____ *Date of birth (YYYY/MM/DD): _____
*MANDATORY INFORMATION	
* Collection Date: _____ *Time: _____ * Collected by: _____	
<u>Intra-uterine fetal demise (IUFD) and stillbirth samples:</u> IMPORTANT NOTES: - Different sample types should be provided in <u>separate</u> containers with double patient identifiers and tissue type specified on requisition AND sample container. - Providing a <u>maternal buccal swab is mandatory</u> for assessment of maternal cell contamination, when needed. *Specify sample type provided in each container: ☐ Fetal skin tissue ☐ Umbilical cord tissue ☐ Amniotic fluid taken at the time of the demise (20-30ml collected in sterile tubes) ☐ Other: _____	
*Gestational age (GA): _____ Cause of fetal death/ anomalies: _____ ☐ <u>IUFD with evidence of growth restriction and/or congenital anomalies:</u> REQUIRES referral to Medical Genetics. Will be performed: - DNA extraction for possible chromosomal microarray (CMA) testing - Cell culture and storage <i>Note: Storage is limited to a period of 48 months, after which the sample will be discarded unless written request to the contrary has been received.</i> ☐ <u>IUFD without evidence of growth restriction or congenital anomalies and GA ≥ 20 weeks:</u> Will be performed: - Chromosomal microarray (signed consent required) or karyotype (if patient opts out) ☐ <u>IUFD without evidence of growth restriction or congenital anomalies and GA < 20 weeks:</u> Will be performed: - Karyotype Pertinent family history: ☐ Parents with three (3) or more unexplained miscarriages ☐ Known consanguinity ☐ Other: _____	
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	