

# Requête **CYTOGÉNÉTIQUE** **Hématologie/ Oncologie** (English version on the back)

**\*RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE**

<b>* Médecin</b>	* 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: _____
*No. de téléphone: _____	* Prélevé le: Date _____ *Heure: _____
*Signature: _____ *Date (AAAA/MM/JJ): _____	* Prélevé par: _____
Envoyer copie du rapport à: _____ No. Licence: _____	Si vous prélevez un échantillon pour lequel <b>l'isolation de cellules CD138+ (MM)</b> peut être nécessaire, prélevez au moins 2,0 ml de moelle osseuse.

**Type d'échantillon:** Expédier les échantillons à température ambiante et les transporter immédiatement

Moelle osseuse (prélèvement dans un tube vert héparine de sodium)

Sang périphérique (prélèvement dans un tube vert héparine de sodium)

Tumeur (spécifier le type): \_\_\_\_\_ (contenant stérile avec milieu de culture ou saline)

<p><b>Statut:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic suspecté<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Candidat à un traitement intensif</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi post-traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Récidive</p> <p><input type="checkbox"/> Transformation</p>	<p><b>Le patient a-t-il déjà eu des analyses cytogénétiques à l'extérieur de ce laboratoire?</b> Envoyez le rapport si disponible.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p style="margin-left: 20px;">Anomalie(s) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

<p><b>Transplantation de moelle osseuse:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pré-transplantation</p> <p><input type="checkbox"/> Post-transplantation : ___Autologue ___Allogénique</p> <p style="margin-left: 20px;">Sexe du donneur: ___M ___F ___Inconnu</p>	<p><b>Le patient a-t'il déjà subi une chimiothérapie?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
---	---

**Anomalie constitutionnelle connue?**  
Si oui, spécifier: \_\_\_\_\_

**Indications:**

Leucémie Aiguë Lymphoblastique (LAL): \_\_\_T-LAL \_\_\_B-LAL

Leucémie Aiguë Myéloïde (LAM)

Leucémie Aiguë Promyélocytaire (LAP)

Syndrome myélodysplasique (SMD)

Myélofibrose

Leucémie Myéloïde Chronique (LMC)

Hyperéosinophilie

Autre Syndrome Myéloprolifératif <sup>1</sup>: (spécifier le type) \_\_\_\_\_

Myélome Multiple (MM) <sup>1</sup>

MM connu et SMD suspecté: **Prioriser:** \_\_\_SMD \_\_\_MM

Amyloïdose

Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) (FISH seulement)

LLC rechute ou échec de traitement (FISH et caryotype)

Lymphome<sup>1</sup>: (spécifier le type) \_\_\_\_\_

Test de sensibilité au DEB pour l'Anémie de Fanconi \*\*\* **Sang périphérique et échantillonnage le lundi et mardi seulement**

Autre : \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques supplémentaires:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> L'échantillon pourrait être stabilisé et conservé pour 6 mois, à moins d'une demande faite par le médecin référent. Cette requête et la liste des tests (Résumé des analyses de caryotype et FISH pour spécimens d'hématologie-oncologie 2022) se trouvent au lien: <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale/requetes-et-consultations-des-laboratoires>.



# CYTOGENETICS Requisition

## Hematology/ Oncology

(VERSION FRANÇAISE au RECTO)

**\* MANDATORY INFORMATION**

<b>* Physician</b>	* 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): _____	* Collection Date: _____ *Time: _____
Report copy to: _____ No. Licence: _____	* Collected by: _____ If collecting a specimen for which <b>CD138+ cells isolation (MM)</b> may be required, collect at least 2.0 mL of bone marrow.

**Sample type:** Ship samples at room temperature, transport immediately

Bone marrow (collected in a green top sodium heparin vacutainer)

Peripheral blood (collected in a green top sodium heparin vacutainer)

Tumor (specify type): \_\_\_\_\_ (sterile container with saline or culture media)

<p><b>Status:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Confirmed diagnosis</p> <p><input type="checkbox"/> Suspected diagnosis<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Candidate for intensive chemotherapy</p> <p><input type="checkbox"/> Post-treatment follow-up</p> <p><input type="checkbox"/> Relapse</p> <p><input type="checkbox"/> Transformation</p> <p><b>Bone marrow transplant:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pre-transplant</p> <p><input type="checkbox"/> Post-transplant : ___Autologous ___Allogenic</p> <p>Sex of donor: ___M ___F ___Unknown</p>	<p><b>Has the patient had previous cytogenetic analysis in an outside laboratory? Send report if available.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes Anomalies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Has the patient had previous chemotherapy?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Known constitutional cytogenetic anomaly?</b> If yes, specify: _____</p>
--	---

<p><b>Indications:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acute Lymphocytic Leukemia (ALL): ___T-ALL ___B-ALL</p> <p><input type="checkbox"/> Acute Myeloid Leukemia (AML)</p> <p><input type="checkbox"/> Acute Promyelocytic Leukemia (APL)</p> <p><input type="checkbox"/> Myelodysplastic syndrome (MDS)</p> <p><input type="checkbox"/> Myelofibrosis</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic Myeloid Leukemia (CML)</p> <p><input type="checkbox"/> Hypereosinophilia</p> <p><input type="checkbox"/> Other Chronic Myeloproliferative Disorder<sup>1</sup>: (specify type) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple Myeloma (MM)<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Known MM and MDS suspected : <u>Prioritize</u> : ___MDS ___MM</p> <p><input type="checkbox"/> Amyloidosis</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) (FISH only)</p> <p><input type="checkbox"/> CLL relapse or treatment-resistant (full karyotype and FISH)</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphoma<sup>1</sup>: (specify type) _____</p> <p><input type="checkbox"/> DEB testing for <b>Fanconi Anemia *** Peripheral blood and sampling on Monday and Tuesday only</b></p> <p><input type="checkbox"/> Other : _____</p>	<p><b>Additional relevant clinical information:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

<sup>1</sup> Sample may be stabilized and held for 6 months pending verbal communication of clinician  
This requisition and the list of tests (Summary for Karyotype and FISH testing of Adult Hem-Onc 2022) can be found at: <https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>.