

# REQUÊTE CYTOGÉNÉTIQUE pour analyse POSTNATALE: Caryotype et FISH seulement (English version on the back)

## \*RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE

*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: _____
*No. de téléphone: _____	* Date de naissance (AAAA/MM/JJ): _____
*Signature: _____ *Date (AAA/MM/JJ): _____	* Sexe: _____
Envoyer copie du rapport à: _____	* Prélevé le: Date _____ *Heure: _____
No. Licence: _____	* Prélevé par: _____

### Type d'échantillon: Expédier les échantillons à température ambiante

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

Note : Test de sensibilité au DEB / Anémie de Fanconi : Échantillonnage les lundis et mardis seulement

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

### Indications:

- Trisomie d'un autosome: \_\_\_\_\_ (spécifier le chromosome)
- Syndrome de Turner/ présentation clinique: \_\_\_\_\_
- Syndrome de Klinefelter
- Azo/oligospermie
- Ambiguïté génitale/ présentation clinique: \_\_\_\_\_
- Insuffisance ovarienne prématurée
- ≥3 avortements spontanés non-expliqués. Nom du conjoint: \_\_\_\_\_
- ≥3 échecs de transfert d'embryons ET nullipare avec avortements spontanés non-expliqués
- Test de sensibilité au DEB / Anémie de Fanconi

Présentation clinique: \_\_\_\_\_

Propositus ou parent d'un propositus avec un résultat de caryotype ou micropuce anormal

Nom du propositus: \_\_\_\_\_

Nom de la mère du fœtus: \_\_\_\_\_

Résultat du caryotype et/ou micropuce et numéro du rapport<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Pour un suivi d'analyse effectuée à l'extérieur de ce laboratoire, veuillez SVP joindre une copie du rapport

Renseignements cliniques supplémentaires/ histoire familiale pertinente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTE: L'analyse sur micropuce est l'examen de première intention pour les patients présentant un retard de développement, une déficience intellectuelle, un autisme, des anomalies congénitales multiples ou des caractéristiques dysmorphiques.

Requête micropuce SNP postnatal (DM-5884), consentement micropuce pédiatrique (DM-6147) et adulte (DM-6149), consentement analyse micropuce ciblée (DM-6413), requête pour mort *in utero* et mortinaissance (DM-5316), requête pour FISH sur tissu (DM-5836), requête prénatal (DM-5834), requête hématologie/oncologie (DM-5328).

Les requêtes et formulaires de consentement pour analyse cytogénétique se trouvent au lien suivant:

<https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale/requetes-et-consultations-des-laboratoires>

**CYTOGENETICS REQUISITION for POSTNATAL analysis: Karyotype and FISH only**

**\*MANDATORY INFORMATION**

(Version Française au recto)

<b>*Physician</b>	
<p><b>* Last &amp; First name:</b> _____</p> <p><b>* No. Licence:</b> _____</p> <p><b>* SITE, Clinic, office:</b> _____</p> <p><i>* Address for return of results:</i> _____</p> <p>*No. telephone: _____</p> <p><b>*Signature:</b> _____ <b>*Date (YYYY/MM/DD):</b> _____</p> <p><b>Report copy to:</b> _____</p> <p><b>No. Licence:</b> _____</p>	<p>* Last name: _____</p> <p>* First name: _____</p> <p>* MRN or RAMQ: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>* Date of birth (YYYY/MM/DD): _____</p> <p>* Gender: _____</p>
<p>* Collection Date: _____ *Time: _____</p> <p>* Collected by: _____</p>	

**Sample type: Ship samples at room temperature**

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

Note : DEB testing / Fanconi Anemia: Sampling only on Mondays and Tuesdays

Tissue biopsy (specify type): \_\_\_\_\_ (collect in sterile container with saline or culture media)

**Indication:**

- Autosomal trisomy: \_\_\_\_\_ (specify which chromosome)
  - Turner syndrome/ Clinical presentation: \_\_\_\_\_
  - Klinefelter syndrome
  - Azo/oligospermia
  - Ambiguous genitalia/ Clinical presentation: \_\_\_\_\_
  - Premature ovarian failure
  - ≥3 unexplained miscarriages. Spouse name: \_\_\_\_\_
  - ≥3 implantation failures AND nulliparous with history of miscarriages
  - DEB testing / Fanconi Anemia  
Clinical presentation: \_\_\_\_\_
  - Proband or parent of proband with abnormal karyotype or chromosomal microarray result  
Name of proband: \_\_\_\_\_  
Mother's name for fetus: \_\_\_\_\_  
Karyotype/ microarray result or report number: \_\_\_\_\_
- <sup>1</sup>For a follow-up of testing performed outside this laboratory, please attach a copy of the report

Additional relevant clinical information/ pertinent family history:

\_\_\_\_\_

**NOTE:** Chromosomal microarray testing should be the first-line laboratory investigation for patients with developmental delay, intellectual disability, autism, multiple congenital anomalies or dysmorphic features.

Postnatal microarray requisition (DM-5885), consent postnatal microarray for children (DM-6148) and adult (DM-6150), consent targeted microarray analysis (DM-6413), requisition for *in utero* fetal demise or stillbirth (DM-5316), tissue-FISH requisition (DM-5836), prenatal requisition (DM-5834), hematology/oncology requisition (DM-5328).

All Cytogenetics requisitions and consent forms can be found at the following link:  
<https://muhc.ca/muhc-clinical-laboratories/muhc-laboratory-requisitions-and-consultations>