

*Prescriber	
* 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: _____

Address: _____

* Date of birth (YYYY/MM/DD): _____

* Gender: _____

Ethnicity: _____

***MANDATORY INFORMATION**

Sample type: Total amniotic fluid Cystic hygroma fluid Ascites fluid
 Other _____ (specify)

* Collection date : _____ (DD/MM/YYYY) *Time : _____

Indication:

Fetal structural ultrasound abnormality¹

Nuchal translucency (NT) ≥ 3.5 mm¹

Unexplained intrauterine growth retardation (IUGR)¹

Family history of a chromosomal anomaly
 Name of proband: _____
 Karyotype/ Chromosomal microarray (CMA) result
 or report number: _____

Other (provide documentation): _____

¹Provide copy of ultrasound report

Test:

Chromosomal microarray (CMA) (**referral to medical genetics and signed consent are required**)

Karyotype only (known parental chromosome anomaly or patient opting out of CMA testing)

Cell culture and storage²

Cell culture, storage and send out³

Other (provide documentation): _____

²Requires validation by medical geneticist / Name: _____ and is limited to a period of 24 months, after which the sample will be destroyed unless written request to the contrary has been received.

³Complete and submit **Form B** if transfer of the sample for non-cytogenetic testing is required

Pertinent family history:

Parents with greater than or equal to 3 miscarriages

Known consanguinity

Health conditions found in family (describe the relationship with parent)

Other: _____

Medical Genetics consultation request sent (for CMA testing)? Yes To follow

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

Cytogenetics Laboratory (E05.3028.1), 1001 Décarie Boulevard, Montreal, QC H4A 3J1
Tel: 514-412-4432, Fax: 514-412-4385, Off-hours: contact the call center

***Prescripteur**

* Nom de famille et prénom: _____

* No de Licence: _____

* SITE, Clinique, bureau: _____

* Adresse de retour des résultats:

*No. de téléphone:

*Signature: _____ *Date (JJ/ MM/AAAA): _____

Report copy to: _____ No. Licence: _____

* Nom de famille:

* Prénom:

* NRM ou RAMQ:

Adresse:

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

* Sexe:

ETHNIE: _____

***INFORMATION OBLIGATOIRE**

Type d'échantillon: Liquide amniotique total Hygrome cystique Ascite

Autre : _____ (spécifier)

* Date de prélèvement: _____ (JJ/MM/AAAA) *Heure: _____

Indication:

Anomalie de structure fœtale à l'échographie¹

Clarté nucale ≥ 3.5 mm¹

Retard de croissance intra-utérin inexpliqué¹

Histoire familiale d'anomalie chromosomique

Nom du propositus: _____

Résultat du caryotype ou de l'analyse chromosomique sur micropuce à ADN
ou numéro du rapport: _____

Autre (documentation exigée): _____

¹ Une copie du rapport d'échographie est exigée

Test:

Analyse chromosomique sur micropuce à ADN (**consultation en génétique médicale et consentement exigés**)

Caryotype seulement (anomalie chromosomique parentale connue ou test sur micropuce refusé)

Culture cellulaire et congélation²

Culture cellulaire, congélation et envoi extérieur³

Autre (documentation exigée): _____

²Cette demande doit être appuyée par un médecin généticien (nom: _____)
et la conservation est limitée à 24 mois, à moins d'avis contraire écrit.

³Compléter et soumettre le **formulaire B** pour le transfert extérieur de l'échantillon

Histoire familiale pertinente:

Pertes de grossesse inexpliquées

Consanguinité connue

Maladies connues dans la famille (décrire la relation avec la patiente ou le conjoint)

Autre: _____

Demande de consultation en génétique médicale envoyée (pour analyse micropuce)? Oui À suivre

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

Laboratoire de cytogénétique (E5.3028.1) 1001 Boulevard Décarie, Montréal, QC H4A 3J1

Tél: 514-412-4432, Fax: 514-412-4385, Hors heures: appeler le centre d'appel