

<p><b>* Prescripteur</b></p> <p>*Nom et Prénom: _____</p> <p>*Licence # : _____</p> <p>*Clinique, bureau: _____</p> <p>*Adresse pour le retour des résultats:</p> <p>*No. téléphone : _____</p> <p>*No. de télécopieur: _____</p> <p>*Signature: _____</p> <p>*Date (AAAA/MM/JJ): _____</p>
---

\* Nom: \_\_\_\_\_

\* Prénom : \_\_\_\_\_

\*No. de dossier ou RAMQ : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

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

\* Sexe:  M  F

**\* Renseignements obligatoire**

<p><b>Information spécimen :</b></p> <p>*Date du prélèvement: année ____ mois ____ jour ____</p> <p>Heure de prélèvement (00:00) : ____:____</p> <p>Type de tissu (e.g. peau): _____</p> <p>Site (e.g. Deltoid D ou G): _____</p> <p>*Prélevé par: _____</p> <p>*Consultation génétique par: _____</p> <p><b>NOTE :</b> Milieu pour transport est disponible au NICU ou au laboratoire central E04-5089 (dans le réfrigérateur R17 section de génétique biochimique, tel. 514-934-1934 ext.22071)</p>
---

<p><b>NOTE: toutes demandes doivent être approuvées par un généticien</b></p> <p><b>A L'USAGE DE LABORATOIRE :</b></p> <p>No. de laboratoire interne: <b>WG</b> _____</p> <p>Date reçu: année ____ mois ____ jour ____</p> <p>Type de specimen: Biopsie de peau : _____</p> <p>Cellules en culture: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Étude clinique <input type="checkbox"/> Recherche</p>
---

<p><b>Statut du patient :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Admis <input type="checkbox"/> Clinique externe <input type="checkbox"/> Enregistré</p> <p>Assurance Maladie: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si applicable: Grossesse: _____ semaines</p>
---

<p><b>Renseignement Clinique:</b></p> <p>Phénotype, antécédents familiaux, pedigree avec origine ethnique, résultats des tests (SVP joint les copies si disponibles), autre information: _____</p> <p>Numéro OMIM (McKusic): _____</p> <p><b>Tests:</b></p> <p>1) Biochimie _____ 3) Moléculaire _____</p> <p>2) Cytogénétique _____ 4) Autre _____</p>
---

<p><b>INSTRUCTION POUR LA LIVRAISON AU LABORATOIRE: Envoyer l'échantillon et la requête au :</b></p> <p><b>Laboratoire Central E04.3026 : Lundi à Vendredi de 9am à 5pm</b></p> <p><b>SVP transmettre le specimen à la section de Génétique Biochimique ASAP E04-5089.1</b></p> <p>En dehors des heures d'ouverture, l'échantillon peut être gardé à 4 °C dans le réfrigérateur R17</p>
---

**\* Prescriber:**

\*Last and First name: \_\_\_\_\_

\*Licence # : \_\_\_\_\_

\*Clinic, office: \_\_\_\_\_

\*Address for return of results: \_\_\_\_\_

\*Telephone : \_\_\_\_\_

\*Fax: \_\_\_\_\_

\*Signature: \_\_\_\_\_

\*Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Last name: \_\_\_\_\_

\* First name: \_\_\_\_\_

\* MRN or RAMQ : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

\* Date of birth (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_

\* Gender :  M  F

**\* Mandatory Information**

**Sample information:**

\*Collection date: year \_\_\_\_ month \_\_\_\_ day \_\_\_\_

Time of collection (00:00) : \_\_\_\_:\_\_\_\_

Tissue Type (e.g. skin): \_\_\_\_\_

Site (e.g.R or L Deltoid): \_\_\_\_\_

\*Collected by: \_\_\_\_\_

\*Genetics consult done by: \_\_\_\_\_

**NOTE:** Cell culture media for transport are available in NICU or in central lab E04-5089 (fridge number R17 Biochemical Genetics section, tel. 514-934-1934 ext. 22071)

**NOTE: All requests need to be approved by a geneticist**

**INTERNAL LABORATORY USE ONLY :**

Internal Laboratory ID: WG \_\_\_\_\_

Date received: year \_\_\_\_ month \_\_\_\_ day \_\_\_\_

Specimen type: Skin biopsy : \_\_\_\_\_  
Cell culture: \_\_\_\_\_

Clinical  Research

**Patient status :**

Inpatient  Outpatient  Referred in

Medicare coverage:  Yes  No

If applicable: Pregnancy: \_\_\_\_\_ weeks

**Clinical Information:**

Phenotypic features, family history, pedigree with ethnic background & lab test results (attach copies if available), other information:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OMIM (McKusic) Number: \_\_\_\_\_

**Tests:** 1) Biochemistry \_\_\_\_\_ 3) Molecular \_\_\_\_\_  
2) Cytogenetic \_\_\_\_\_ 4) Other \_\_\_\_\_

**INSTRUCTION FOR DELIVERY TO LABORATORY: Send sample and requisition to :**

**Central Lab E04.3026 : Monday-Friday 9am to 5pm**

**Please forward specimen to Biochemical Genetics section ASAP E04-5089.1**

For off hours, specimen can be kept at 4°C in fridge R17