

*RAMQ _____ DOSSIER _____

*DATE DE NAISSANCE _____ *SEXE M F
Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

*NOM _____ *PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

ADRESSE _____
NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

Utiliser la carte d'assurance maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de l'hôpital.

SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER POUR TOUTE DEMANDE D'ANALYSE

PRÉLEVEUR	Centre préleveur :	PRESCRIPTEUR	Nom/Prénom :	INDICATIONS	<input type="checkbox"/> URGENT
	Date/heure prél : AAAA/MM/JJ hh : mm		No. Permis :		<input type="checkbox"/> Analyse prénatale
	Nom/Prénom :		Nom de la clinique :		<input type="checkbox"/> Grossesse : _____ semaines
					Sexe fœtus : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Inconnu

Médecin(s) en copie : _____ No. Permis : _____ Nom(s) de la clinique : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<p>Général</p> <p><input type="checkbox"/> ASYMPTOMATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> Région d'origine (SLSJ et autres)</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion maladie métabolique et mitochondriale</p> <p>Reproduction</p> <p><input type="checkbox"/> Avortements spontanés multiples</p> <p><input type="checkbox"/> Infertilité</p> <p>Croissance</p> <p><input type="checkbox"/> Surcroissance</p> <p><input type="checkbox"/> Macrocéphalie</p> <p><input type="checkbox"/> Microcéphalie</p> <p><input type="checkbox"/> Retard / petite taille</p> <p><input type="checkbox"/> RCIU</p>	<p>Développement physique/cognitif</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Retard de langage</p> <p><input type="checkbox"/> Retard développement</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage</p> <p><input type="checkbox"/> TSA</p> <p>Craniofacial</p> <p><input type="checkbox"/> Fente labio-palatine</p> <p><input type="checkbox"/> Absence os nasal</p> <p>Peau</p> <p><input type="checkbox"/> Hyper/hypopigmentation</p> <p><input type="checkbox"/> Taches café-au-lait</p> <p><input type="checkbox"/> Hémangiome</p> <p>Grefe</p> <p><input type="checkbox"/> Greffe de moelle osseuse</p>	<p>Neurologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ataxie</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsions</p> <p><input type="checkbox"/> Myopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Hypotonie</p> <p><input type="checkbox"/> Polyneuropathie</p> <p><input type="checkbox"/> Malformations cérébrales</p> <p>Cardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Arythmie</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiomyopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Malformations</p> <p>ORL/Ophthlmo</p> <p><input type="checkbox"/> Surdit�</p> <p><input type="checkbox"/> Dystrophie r�tinienne</p> <p><input type="checkbox"/> R�tinite pigmentaire</p>	<p>Gastro-intest/G�nito-urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Intestins hyper�chog�nes</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiguit� g�nitale</p> <p><input type="checkbox"/> Cryptorchidies / hypospadias</p> <p><input type="checkbox"/> Polykystose (h�patique)</p> <p><input type="checkbox"/> Polykystose (pancr�atique)</p> <p><input type="checkbox"/> Malformations r�nales</p> <p>Squelette et tissus conjonctifs</p> <p><input type="checkbox"/> Contractures</p> <p><input type="checkbox"/> Dysmorphies</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperlaxit�</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplasie squelettique</p> <p><input type="checkbox"/> Os longs courts</p> <p>Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
---	--	---	--

Autres indications cliniques et histoire familiale : _____

SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER POUR TOUTE DEMANDE D'ANALYSE

ANALYSES DE CYTOGÉNÉTIQUE

Spécimen : Vill choriales Liq. amniotique Sang Sang de cordon Tissu _____ Autre _____

<p><input type="checkbox"/> CGH</p> <p>Si pr�natal : <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Direct</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de CGH</p> <p><input type="checkbox"/> Par CGH <input type="checkbox"/> Par FISH <input type="checkbox"/> Par TAAN</p> <p>Cas-index : _____</p> <p>No Dossier : _____</p> <p>Lien de parent� : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> COQFP Contamination maternelle</p> <p><input type="checkbox"/> CGENU Caryotype</p> <p><input type="checkbox"/> CGENU FISH</p> <p>Sonde : _____</p> <p><input type="checkbox"/> CGENU Disomie uniparentale</p> <p>Chromosome : _____</p> <p><input type="checkbox"/> QFPCR Recherche aneuplo�die</p> <p><input type="checkbox"/> FISH Express</p>	<p><input type="checkbox"/> CGENU Cellules en r�serve</p> <p><input type="checkbox"/> ATTME Attente directive maternelle</p> <p><input type="checkbox"/> ATTPE Attente directive paternelle</p> <p><input type="checkbox"/> HOMOZ Zygotie</p> <p><input type="checkbox"/> CARFA Cassures chromosomiques (Fanconi)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p>Sp�cifier : _____</p>
--	--	---

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

ANALYSES DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Spécimen :

Vill. Choriales Liq. Amniotique Sang Sang de cordon Tissu _____ Brosse bucale ADN Autre _____

GSLSJ

- Tyrosinémie (FAH IVS12+5G>A)
- ARSACS (SACS 6594ΔT, 5254C>T)
- Acidose lactique (LRPPRC A354V)
- NSMH (SLC12A6 2436delG)

BGENQ

- Mucopolidose T-II
(GNPTAB 3503_3504delTC)*
- Fibrose kystique (CFTR séq et del/dup)*
- Amyotrophie spinale SMN1-2*
- Dystrophie musculaire Duchenne*

Gène(s) ou panel(s) de gènes*

en trio

mère: _____

père: _____

ONCOG Panel oncogénétique germlinal*

xxxxx Panel cardiogénétique*

Variant familial*

Cas index : _____

Gène(s) : _____

Laboratoire : _____

DPYD (pour traitement fluoropyrimidines)

STEIN Dystrophie de Steinert de type 1

FRAXA Syndrome du X-fragile

HFE Hémochromatose (HFE C282Y)

CMT1A CMT (PMP22 del ou dup)

CMT1X CMT1X (GJB1 séq)

Maladies lipidiques

GAPOE R158C, C112R

GRLDL dél 15kb, dél 5kb, W66G, C646Y

GLPL D9N, G188E, P207L

Mise en banque d'ADN

Extraction d'ADN

En attente de directives

Autres, spécifier : _____

* Attention! Document supplémentaire à compléter pour les analyses avec une étoile

ANALYSES DE BIOCHIMIE GÉNÉTIQUE

FAIT AU CHUS

- ACAML** Acides aminés (profil) **LCR**
- ACAMS** Acides aminés (profil) **sériques**
- ACAMU** Acides aminés (profil) **urinaires**
- ACMAL** Acide méthylmalonique **sérique**
- ACMAU** Acide méthylmalonique **urinaire**
- ACORL** Acides organiques **LCR**
- ACORU** Acides organiques **urinaires**
- AOROU** Acide orotique - uracil **urinaire**
- PIPAP** Acide pipécolique **sérique**
- PIPAU** Acide pipécolique **urinaire**
- ACARN** Acylcarnitines (profil) **sériques**
- ACGLU** Acylglycine **urinaire**
- ACGLC** AGTLC **sériques**
- GUACU** Créatine - Guanidinoacétate **urinaires**
- BIOQ** Glycosaminoglycans (MPS) **urinaires**
- OLIGU** Oligosaccharides **urinaires**
- PUPYU** Purines - Pyrimidines **urinaires (profil)**
- CGENU** Stérols (profil) **liq. amniotique**
- 7DHCP** Stérols (profil) **plasmatiques**
- SASE** Succinylacétone **sérique**
- SUCCU** Succinylacétone **urinaire**

FAIT À HSFA

- BTDSS** Biotinidase **sang séché**
- GALAC** Galactose total **sang séché**
- PTSSS** Phényl-Tyrosine-Succinylacétone **sang séché**
- PHETY** Phénylalanine - Tyrosine **sang séché**
- CGENU** Succinylacétone **liq. amniotique**
- SASS** Succinylacétone **Sang séché**

AUTRES

- AFP** Alpha-foetoprotéine **sérique**
- CGENU** Alpha-foetoprotéine **liq. amniotique**
- CARNI** Carnitine totale, libre, estérifiée
- BGENQ** Enzymes lysosomales **sanguins**
Spécifiez : _____
- CGENU** Enzymes lysosomales **liq. amniotique**
Spécifiez : _____
- NTBC** Dosage NTBC
- BGENQ** CDG/CDT/Isofocalisation **sérique**
- Autres, spécifier :** _____

ANALYSES DE BIOCHIMIE ET HÉMATOLOGIE

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACLAC Acide lactique | <input type="checkbox"/> CK Créatine kinase | <input type="checkbox"/> MG Magnésium |
| <input type="checkbox"/> ACPYR Acide pyruvique | <input type="checkbox"/> CREA Créatinine | <input type="checkbox"/> PALC Phosphatase alcal. |
| <input type="checkbox"/> ACTPO Ac. Anti-TPO | <input type="checkbox"/> GANEQ Gaz + ions | <input type="checkbox"/> PHOS Phosphore |
| <input type="checkbox"/> ACURI Acide urique | <input type="checkbox"/> GAZC Gaz capillaire | <input type="checkbox"/> PROT Protéine |
| <input type="checkbox"/> ALB Albumine | <input type="checkbox"/> GAZV Gaz veineux | <input type="checkbox"/> UREE Urée |
| <input type="checkbox"/> ALT ALT | <input type="checkbox"/> GGT GGT | <input type="checkbox"/> VB12 Vitamine B12 |
| <input type="checkbox"/> AMMON Ammoniac | <input type="checkbox"/> GLU Glucose | <input type="checkbox"/> VITA Vitamine A |
| <input type="checkbox"/> AST AST | <input type="checkbox"/> GLUJ Glucose à jeun | <input type="checkbox"/> VITD Vitamine D |
| <input type="checkbox"/> BILI Bilirubine totale | <input type="checkbox"/> HCG B-HCG | <input type="checkbox"/> VITE Vitamine E |
| <input type="checkbox"/> BFER Bilan ferrique | <input type="checkbox"/> HOMOC Homocystéine | <input type="checkbox"/> SE Sélénium |
| <input type="checkbox"/> CA Calcium | <input type="checkbox"/> IONS NA, K, Cl | <input type="checkbox"/> ZINC Zinc |
| <input type="checkbox"/> CAION Calcium ionisé | <input type="checkbox"/> LIPA Lipase | |

AUTRES