

PRÉNOM _____ NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ TÉLÉPHONE _____

GENRE M F OHIP/MRN/RAMQ _____

IDENTIFICATION
RAMQ

REQUÊTE D'ANALYSE CYTOGÉNÉTIQUE

SAMPLE COLLECTION

DATE _____ TIME _____ CENTRE DE PRÉLÈVEMENT _____

PHLÉBOTOMISTE _____

REQUÊTE D'ANALYSE - EXIGENCES DU SPÉCIMEN

CAYOTYPE DE SANG :
SANG HÉPARINE DE SODIUM 5ML (TUBE VACUTAINER VERT)

MICRODÉLÉTION DU CHROMOSOME Y :
ANG EDTA 5ML (TUBE ASPIRATEUR LAVANDE)

AUTRE _____

INDICATIONS CLINIQUE

<input type="checkbox"/> FAUSSES COUCHES RÉCURRENTES	<input type="checkbox"/> AMÉNORRHÉE	<input type="checkbox"/> AUTISME / TSA
<input type="checkbox"/> INCAPACITÉ DE CONCEVOIR	<input type="checkbox"/> SYNDROME DE TURNER	<input type="checkbox"/> ANORMALITÉS CONGÉNITALES
<input type="checkbox"/> AZO/OLIGOSPERMIE	<input type="checkbox"/> ÉCHEC OVARIEN PRÉMATURÉ	<input type="checkbox"/> HISTORIQUE FAMILIAL D'ANORMALITÉ DES CHROMOSOMES
<input type="checkbox"/> SYNDROME DE KLINEFELTER	<input type="checkbox"/> RETARD DE DÉVELOPPEMENT	<input type="checkbox"/> AUTRE _____

MÉDECIN RÉFÉRENT

SIGNATURE DU MÉDECIN

PERMIS #

DATE

S'IL VOUS PLAÎT, ENVOYEZ LE SPÉCIMEN, LA REQUÊTE
ET L'AUTORISATION DE PAIEMENT À:

CLINIQUE OVO
LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE
8000 BOUL DECARIE, SUITE 663
MONTREAL, QC
H4P2S4