

Clinique / Clinic:

Médecin traitant / Referring physician:



CDL Laboratoires

5990 Côte-des-Neiges, MtL (Qc), H3S 1Z5
Tél.: 514 344-8022 Téléc.: 514 344-8024
Courriel : service@laboratoirescdl.com
Lundi au vendredi de 8am à 8pm
Dimanche de 9am à 3pm

REQUÊTE DE DÉPISTAGE PRÉNATAL / PRENATAL SCREENING REQUISITION

Date :
Nom / Last Name :
Date de naissance / Date of birth :
Téléphone / Phone number :

CDL Lab ID :
Prénom / First Name :
Assurance maladie / Medicare:
Adresse / Address :

Un rendez-vous est requis pour tous les profils en combo et les échographies. Veuillez appeler le 514 344-8022 x.333 pour fixer un rendez-vous. Consulter le verso pour la description des tests.
An appointment is necessary for all combo profiles and ultrasounds. Please call 514 344-8022 x.333 to schedule an appointment. See reverse for test description.

COMBOS PROFILS & ÉCHOGRAPHIES / PROFILES & ULTRASOUNDS COMBOS

- SCREEN 1 Profil de dépistage prénatal #1 / Prenatal screening profile #1
SCREEN 2 Profil de dépistage prénatal #2 / Prenatal screening profile #2
SCREEN 3 Profil de dépistage prénatal #3 / Prenatal screening profile #3
MSSH Profil MMS1 avec Harmony en cascade / MMS1 Reflex to Harmony NIPT

DÉPISTAGES PRÉNATAUX, TESTS SANGUINS

- HARMP Dépistage prénatal non-invasif (à partir de 10 semaines) / Non-invasive prenatal screening (from 10 weeks)
PANO Test prénatal Non-invasif PanoramaMC (à partir de 9 semaines) / Non-Invasive Prenatal Test PanoramaMC (from 9 weeks)
PANOE Panorama + micro-délétions / Panorama + micro-deletions
PANOQ Panorama + 22q11.2 (DiGeorge Syndrome) / Panorama + 22q11.2 (syndrome DiGeorge)
IMSS Dépistage de sérum maternel intégré / Integrated maternal serum screen
MSS1 Dépistage de sérum maternel 1er trimestre / 1st trimester maternal serum screen
MSS4 Dépistage de sérum maternel 2nd trimestre / 2nd trimester maternal serum screen
AFPMS Alpha-fetoprotéine / Alphafetoprotein

DÉPISTAGES PRÉNATAUX, TESTS GÉNÉTIQUES

- FISHA Analyse FISH / FISH Analysis
KART Analyse du Caryotype / Karyotype Analysis

ECHOGRAPHIES / ULTRASOUNDS

- VIAB Échographie de viabilité / Dating ultrasound
1TRI Échographie du 1er trimestre (clarté nucale) / 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)
2TRI Échographie du 2nd trimestre / 2nd trimester ultrasound
3TRI Échographie du 3eme trimestre / 3rd trimester ultrasound
MULT1 Échographie gémellaire 1er trimestre / 1st trimester Multiple Pregnancy ultrasound
MULT2 Échographie gémellaire 2eme trimestre / 2nd trimester Multiple Pregnancy ultrasound
MULT3 Échographie gémellaire 3eme trimestre / 3rd trimester Multiple Pregnancy ultrasound

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION

Origine ethnique / Ethnic background
Gravida
Grossesse in-vitro / IVF pregnancy
Spécifier date de naissance de la donneuse d'ovules / Specify egg donor's birth date :
Date d'extraction / Date of retrieval
Date de transfert / Date of transfer
Embryon congelé / Frozen embryo
Antécédent de grossesse / Previous pregnancy history
Diabète insulino-dépendant / Insulin dependant diabetes
Saignement vaginal durant cette grossesse / Vaginal bleeding during this pregnancy
Fumeuse / Smoker

RAPPORT D'ÉCHOGRAPHIE (LABORATOIRE SEULEMENT) / ULTRASOUND REPORT (LABORATORY ONLY)

Date des dernières menstruations / Last menstrual period
Date de l'échographie / Date of ultrasound
Âge gestationnel par échographie (à la date de l'échographie) / Gestational age by ultrasound (at date of ultrasound)
Date prévue d'accouchement / Estimated date of delivery
de foetus / Foetus
Jumeaux / Twins
dichorionique / dichorionic
monochorionique / monochorionic
Os nasal / Nasal bone
Bébé A / Baby A
Bébé B / Baby B
Échographiste / Sonographer
FMF ou / or NTQR

CONSENTEMENT DU MÉDECIN / PHYSICIAN'S CONSENT

J'autorise l'analyse de ce spécimen par les Laboratoires CDL ou ses agents autorisés en ce qui concerne le(s) test(s) mentionné(s) ci-dessus. Les résultats et les recommandations de suivi seront inclus dans le rapport. I authorize the testing of this specimen for the test(s) noted. Results and recommendations will be included on the report.

Signature:
Date:

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE / PATIENT'S CONSENT

Je reconnais avoir reçu les renseignements concernant la nature du test prescrit ci-dessus et donne mon consentement à ce que cette analyse soit effectuée et à ce que mon échantillon sanguin devienne la propriété des Laboratoires CDL. Afin de maintenir des standards de diagnostic élevés, nous obtiendrons le résultat final après l'accouchement. I have received information regarding the nature of the test(s) noted and hereby give my consent to perform this test and further consent that my blood sample shall be the property of CDL Laboratories. In order to improve diagnostic efficiency, outcome information will be obtained after delivery.

Signature:
Date:



CDL
Laboratoires



DESCRIPTION DES DÉPISTAGES PRÉNATAUX / PRENATAL SCREENING DESCRIPTION

DÉPISTAGE PRÉNATAL NON-INVASIF / NON INVASIVE PRENATAL TEST	TRISOMIE / TRISOMY			SPINA BIFIDA	AUTRE / OTHER	COMPOSANTES / COMPONENTS	PRÉREQUIS / PREREQUISITES	NOTES
	13	18	21					
Harmony – Dépistage prénatal <i>Harmony – Prenatal test (HARMP)</i>	●	●	●		Sexe fœtal / Monosomie x / Bilan aneuploïdie chromosomes sexuels	ADN Fœtal	10 + semaines / weeks	
Panorama ^{MC} – ADN fœtal libre <i>Cell Free DNA - PanoramaTM (PANO)</i>	●	●	●		Sexe fœtal / Bilan aneuploïdie chromosomes sexuels/ Triploïdie	ADN Fœtal	9 + semaines / weeks	
PANORAMA microdélétion <i>PANORAMA microdélétion (PANOE)</i>	●	●	●		22q11.2 1p36 / Angelman syndrome / Cri du chat / Prader-Willi syndrome/ Sexe fœtal / Bilan aneuploïdie chromosomes sexuels/ Triploïdie	ADN Fœtal	9 + semaines / weeks	
Panorama + 22q11.2 <i>Panorama + 22q11.2 (PANOQ)</i>	●	●	●		22q11.2 / Sexe fœtal / Bilan aneuploïdie chromosomes sexuels/ Triploïdie	ADN Fœtal	9 + semaines / weeks	
Dépistage prénatal – 1 ^{er} trimestre <i>Prenatal screening – 1st trimester (MSS1)</i>		●	●			β-hCG total, PAPP-A	1er trimestre Ultrason (Clarté nucale) <i>1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>	Échographie du 1 ^{er} trimestre (clarté nucale) obligatoire. <i>Mandatory 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>
Dépistage prénatal intégré (1 ^{ère} partie) <i>Integrated prenatal screening IMSS (1st part)</i>		●				β-hCG total	1er trimestre Ultrason (Clarté nucale) <i>1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>	Échographie du 1 ^{er} trimestre (clarté nucale) obligatoire. <i>Mandatory 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>
Dépistage prénatal intégré <i>Integrated prenatal screening IMSS (2nd part)</i>		●	●	●		AFP, E3, β-hCG total, Inhibine A		
Dépistage prénatal contingenté (Étape 1) <i>Contingent prenatal screening (Step 1) (CONT1)</i>		●	●			β-hCG total, PAPP-A	1er trimestre Ultrason (Clarté nucale) <i>1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>	Échographie du 1 ^{er} trimestre (clarté nucale) obligatoire. 2 ^{ème} prise de sang nécessaire si résultats intermédiaires. <i>Mandatory 1st trimester ultrasound (nuchal translucency). Second blood test necessary if intermediate results.</i>
Dépistage prénatal contingenté (Étape 2) <i>Contingent prenatal screening (Step 2) (CONT2)</i>		●	●	●		UE3, Inhibine A, β-hCG total, AFP	Fait seul si CONT1 à risque <i>Done alone if CONT1 at risk</i>	Test effectué seulement lorsque les résultats du test CONT1 sont intermédiaires. <i>Test only performed with CONT1 results are intermediate.</i>
MSS1 Reflex to Harmony NIPT MSSH (MSS1 + HARM)		●	●			β-hCG total, PAPP-A	1er trimestre Ultrason (Clarté nucale) <i>1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>	Échographie du 1 ^{er} trimestre (clarté nucale) obligatoire. <i>Mandatory 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)</i>
Alphafétoprotéine <i>Alphafetoprotein (AFPMS)</i>				●		AFP	15-22 semaines/ weeks	
Analyse génétique FISH <i>FISH Genetic Analysis (FISHA)</i>	●	●	●		Monosomie x / Triploïdie	ADN Fœtal	20 + semaines / weeks	
Dépistage prénatal– 2 ^{ème} trimestre <i>Prenatal screening – 2nd trimester (MSS4)</i>		●	●	●		UE3, Inhibine A, β-hCG total, AFP		
Caryotype <i>Chromosome Karyotype (KART)</i>	●	●	●			ADN Fœtal		

DESCRIPTION DES COMBOS PROFILS & ÉCHOGRAPHIES / PROFILES AND ULTRASOUNDS COMBOS DESCRIPTION

DÉPISTAGE PRÉNATAL NON-INVASIF / NON INVASIVE PRENATAL TEST	TRISOMIE / TRISOMY			SPINA BIFIDA	AUTRE / OTHER	COMPOSANTES / COMPONENTS	PRÉREQUIS / PREREQUISITES	NOTES
	13	18	21					
SCREEN3, MSS1 1er trimestre Ultrason (Clarté nucale), AFPMS PANO en cascade <i>1st trimester ultrasound (nuchal translucency), AFPMS, PANO in reflex</i>		●	●	●		β-hCG total, PAPP-A, Clarté nucale, AFPMS, ADN Fœtal		
HARMONY + 1er trimestre Ultrason (Clarté nucale) / HARMONY + 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)	●	●	●		Sexe fœtal / Monosomie x / Panel aneuploïdie chromosome sexe	ADN Fœtal		