



**Laboratoire de diagnostic moléculaire**

Service de biochimie

Institut de Cardiologie de Montréal

5000, rue Bélanger Est

Montréal (Québec) H1T 1C8

Téléphone : 514 376-3330 poste 3712

Télocopieur : 514 593-2577

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Numéro de RAMQ : \_\_\_\_\_

Nom, prénom (mère) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom (père) : \_\_\_\_\_

**A- Prélèvement**

Date :   aaaa   -   mm   -   jj  

Heure :   hh   h   min  

Nom de la personne qui a effectué le prélèvement : \_\_\_\_\_

Laboratoire requérant : votre numéro de référence : \_\_\_\_\_

Le consentement du patient a été obtenu.

(Veuillez fournir une copie du formulaire de consentement)

Type d'échantillon (cocher) :

Tubes lavandes (EDTA) – Deux tubes 4 mL requis

ADN Quantité requise: 5 µg

Concentration :

(indiquer sur le tube)

Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

*À l'usage du  
laboratoire*

**B- Raison de la présente demande (cocher tout ce qui s'applique) :**

Demande d'analyses de génétique cardiovasculaire (compléter la section D ou E)

Numéro de famille (si connu) : \_\_\_\_\_

Banquage d'ADN

Ajout de tests à une demande déjà existante (compléter la section D ou E)

Patient décédé, date du décès : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C- Diagnostic familial connu ou suspecté (cocher) :**

**Condition cardiovasculaire**

Cardiomyopathie hypertrophique familiale (CMH)

Cardiomyopathie dilatée familiale (CMD)

Cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène (CVDA)

Non-compaction ventriculaire gauche (NCVG)

Syndrome Andersen-Tawil (SA)

Syndrome de Brugada (BrS)

Syndrome du QT allongé (SQTL)

Syndrome du QT court (SQTS)

Tachycardie ventriculaire polymorphe catécholergique (TVPC)

Mort subite inexpiquée

Anévrisme de l'aorte familial

Syndrome d'Ehlers-Danlos

Syndrome de Loey-Dietz

Syndrome de Marfan (MFS)

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D- Demande d'analyses pour profil complet seulement (cocher) – Deux tubes lavandes (EDTA) 4 mL**

Pour certains profils, les analyses se feront de manière séquentielle. En absence de mutation dans la première intention, la liste suivante de gènes sera analysée.

Origine ethnique du patient :

Cardiomyopathies	Gènes 1 <sup>re</sup> intention	2 <sup>e</sup> intention*	3 <sup>e</sup> *
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie hypertrophique familiale	LAMP2, MYBPC3, MYH7, PRKAG2, TNNI3, TNNT2, TPM1	18 gènes	-
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie dilatée familiale et Non-compaction ventriculaire gauche	BAG3, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH6, MYH7, MYPN, RBM20, SCN5A, TNNI3, TNNT2	TTN	23 gènes
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène	DSC2, DSG2, DSP, JUP, PKP2, TMEM43	7 gènes	-
<input type="checkbox"/> Amyloïdose	TTR	-	-
<b>Arythmies</b>			
<input type="checkbox"/> Syndrome Andersen-Tawil	KCNJ2	-	-
<input type="checkbox"/> Syndrome de Brugada	SCN5A, SCN10A	6 gènes	9 gènes
<input type="checkbox"/> Syndrome du QT allongé	KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNQ1, SCN5A	11 gènes	-
<input type="checkbox"/> Syndrome du QT court	KCNH2, KCNJ2, KCNQ1	3 gènes	-
<input type="checkbox"/> Tachycardie ventriculaire polymorphe catécholergique	CASQ2, KCNJ2, RYR2	4 gènes	-
<input type="checkbox"/> Mort subite inexplicquée	KCNH2, KCNQ1, RYR2, SCN5A	-	-
<b>Aortopathies</b>			
<input type="checkbox"/> Anévrisme de l'aorte familial	ACTA2	6 gènes	3 gènes
<input type="checkbox"/> Syndrome d'Ehlers-Danlos Type I	COL1A1, COL5A1, COL5A2	-	-
<input type="checkbox"/> Syndrome d'Ehlers-Danlos Type IV	COL3A1	-	-
<input type="checkbox"/> Syndrome de Loeys-Dietz	TGFBR1, TGFBR2, SMAD3, TGFB2, TGFB3	-	-
<input type="checkbox"/> Syndrome de Marfan	FBN1	-	-
Gène (s) additionnel (s):			

**E- Demande d'analyses pour mutation (s) spécifique (s) seulement. (À compléter) - Deux tubes lavandes (EDTA) 4 mL**

Mutation (s) familiale (s) recherchée (s) :

Gène (s)

Mutation (s) recherchée (s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F- Professionnel de la santé requérant :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

c.c. à médecin référant ou autre :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

**G- Coordonnées du laboratoire requérant :**

Centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Personne-contact : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

\* Une annexe descriptive est disponible sur demande.