



SECTION DES MALADIES À PRIONS REQUÊTE D'ANALYSE : ANALYSE DE LA SÉQUENCE DU GÈNE PRNP

Section des maladies à prions
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
téléphone : (204) 789-6078 télécopieur : (204) 789-5009

RENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉDITEUR

ÉTABLISSEMENT :

LABORATOIRE / MINISTÈRE :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

COURRIEL :

Nota: L'expéditeur ne recevra pas les résultats, mais il peut s'attendre à recevoir un rapport confirmant que les résultats ont été publiés.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NOM:

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) :

SEXE : M F A

VILLE : PROVINCE :

RENSEIGNEMENTS DE L'ÉCHANTILLON

RÉF. DE L'ÉCHANTILLON :

DATE DE PRÉLÈVEMENT (AAAA-MM-JJ) :

SANG TOTAL

Nota : 15 mL de sang total prélevé dans des tubes ACD or EDTA est requis. Envoyer immédiatement ou conserver à 4 °C

OU

ADN

TAMPON D'EXTRACTION :

CONCENTRATION :

ANALYSES REQUISES

ANALYSE DE LA SÉQUENCE DU GÈNE PRNP*

Nota: *Accrédité par le Conseil canadien des normes au laboratoire numéro 594 (ISO/IEC 17025)

NUMÉRO SSMCJ (SI DISPONIBLE) :

Le consentement du patient est requis. Veuillez contacter le Système de surveillance de la maladie de Creutzfeld-Jacob.
Téléphone: 888-489-2999 Télécopieur: 613-954-5012
Courriel: phac.cjdsurveillance.aspc@canada.ca

MÉDECIN / CONSEILLER EN GÉNÉTIQUE

NOM :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

COURRIEL :

Nota: Les rapports d'analyse du gène PRNP seront envoyés directement au médecin ou au conseiller en génétique. Les rapports seront envoyés par service de messagerie à l'adresse fournie.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

TESTS SYMPTOMATIQUES

TEST PRÉDICTIF

NOM DU RELATIF AVEC MCJ: _____

RAPPORT À CETTE PERSONNE: _____