



Analyses génétiques non-disponibles au Québec RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
Md prescripteur :	
Téléphone (ligne directe) :	
Courriel :	
Maladie d'intérêt :	Motif de la présente demande : <input type="checkbox"/> Confirmation du diagnostic clinique <input type="checkbox"/> Détermination du statut de porteur <input type="checkbox"/> Analyse prédictive (asymptomatique) <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal <input type="checkbox"/> Si autre, précisez :
Nom du/des gène(s) à analyser :	
Mutation familiale si connue : <i>* Si mutation familiale connue joindre le rapport</i>	
Brève description du phénotype	
Analyses pertinentes déjà réalisées	
Justification du choix de l'analyse demandée	
Impacts de cette analyse sur la prise en charge *obligatoire si le but est de confirmer un diagnostic déjà établi cliniquement	
INFORMATIONS FAMILIALES <input type="checkbox"/> Cas sporadique <input type="checkbox"/> Cas familial (Dessinez un pedigree montrant les individus atteints ET ceux porteurs de la mutation)	
Arbre généalogique :	Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Ethnicité :
	Informations concernant le prélèvement : <input type="checkbox"/> À venir suivant approbation et spécifications Nature de l'échantillon : _____ <input type="checkbox"/> Déjà reçu au laboratoire Nature de l'échantillon : _____
Demande urgente <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, justifiez : _____ Si grossesse en cours, indiquez l'âge gestationnel: _____	