

1-844-363-4357 · Ask.Genetics@LifeLabs.com

Rapport au médecin #:	Médecin OHIP# (Ontario) : Médecin MSC# (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999	LifeLabs Demographic Label
Nom du médecin prescripteur:	Nom	
Adresse du médecin prescripteur:	Adresse Tél : _____ Télécopieur : _____	Additional LifeLabs Label (if needed)
Signature du médecin:		Counsyl Barcode (For Reference Labs use only- KRL/IRL/BRL/VRL)
Copie à (nom):	Nom Tél : _____ Télécopieur : _____	
Facturer à:	Patient paie - type "P" (Counsyl : Facturer à la clinique)	
Nom du patient (nom de famille, prénom):		Date de naissance: ____/____/____ MM JJ AAAA
Numéro d'assurance maladie:		Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse du patient:		Téléphone #:

L'information du patient (EXIGÉE): La patiente est-elle enceinte ? oui non

Raison pour le test (cochez toutes les cases qui s'appliquent): <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> Dépistage pour connaître le statut génétique du porteur <input type="checkbox"/> Consanguinité <input type="checkbox"/> Supervision, 1 ^{ère} grossesse normale <input type="checkbox"/> Supervision, autre grossesse normale <input type="checkbox"/> Ethnicité à risque élevé <input type="checkbox"/> Autre _____	Ethnicité (cochez toutes les cases qui s'appliquent): <input type="checkbox"/> Europe du Nord p. ex. <i>Britannique, Allemand</i> <input type="checkbox"/> Europe du Sud p. ex. <i>Italien, Grec</i> <input type="checkbox"/> Canadien français ou Acadien <input type="checkbox"/> Juif ashkénaze <input type="checkbox"/> Autre/Métis caucasien <input type="checkbox"/> Asie de l'est p. ex. <i>Chinois, Japonais</i> <input type="checkbox"/> Asie du sud p. ex. <i>Indien, Pakistanaï</i>	<input type="checkbox"/> Asie Sud-Est p. ex. <i>Philippin, Vietnamien</i> <input type="checkbox"/> Africain ou Afro-Américain <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Océanien <input type="checkbox"/> Inconnu
--	--	---

TESTS DEMANDÉS	LLTR/CML/Mnémonique
<input type="checkbox"/> Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl 1.0 (Mutations ciblées) - \$895 Panel de dépistage des porteurs qui détecte des mutations spécifiques à travers les 102 gènes cliniquement significatifs	4100/4100/FP1
<input type="checkbox"/> Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl 2.0 (Séquençage complet) - \$1395 Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet de 102 gènes cliniquement significatifs	4101/4101/FP2
Type d'échantillon: <input type="checkbox"/> Sang (EDTA : 4mL) <input type="checkbox"/> Salive (Oragene OG-510 : Sur demande)	
_____ Nom du partenaire (si également testé) DN : MM/JJ/AAAA	

_____/_____/_____ (MM/JJ/AAAA) Date du prélèvement sanguin	_____:_____ (HH : MM) L'heure du prélèvement sanguin	_____ Nom du préleveur
---	---	----------------------------------

**** PHOTOCOPIER LA RÉQUISITION ET INCLURE L'ORIGINAL AVEC L'ÉCHANTILLON ****
(Les tests sont effectués à Counsyl Inc., 180 Kimball Way South, San Francisco CA, 94080)

CONSENTEMENT DU PATIENT

J'ai lu et signé le Formulaire de consentement du patient accessible à LifeLabsgenetics.com, lequel demeure avec le médecin prescripteur. Je comprends qu'un échantillon sanguin sera prélevé par un membre du personnel de LifeLabs. Je reconnais que mon échantillon et mes renseignements médicaux personnels seront envoyés aux laboratoires de Counsyl aux États-Unis (adresse ci-contre) aux fins de dépistage du porteur. Également, je comprends que LifeLabs me contactera pour obtenir un nouveau prélèvement sanguin si l'échantillon sanguin d'origine n'a produit aucun résultat. Je reconnais que LifeLabs recevra les résultats de la part de Counsyl, et enverra les résultats à mon médecin prescripteur. Je reconnais que je suis responsable de la totalité du coût des tests.

Signature du patient: _____ **Date:** _____