LifeLabs Genetics™

Paiement privé

Counsyl

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 :		
Copie à (nom):	Nom Tél : Télécopieur :	**Counsyl Barcode** (For Reference Labs use only- KRL/IRL/BRL/VRL)
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:** ❑ **M** ❑ **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) :

- ❑ Antécédents familiaux
- ❑ Dépistage pour connaître le statut génétique du porteur
- ❑ Consanguinité
- ❑ Supervision, 1ère grossesse normale
- ❑ Supervision, autre grossesse normale
- ❑ Ethnicité à risque élevé
- ❑ Autre_____

Ethnicité (cochez toutes les cases qui s'appliquent):

- ❑ Europe du Nord *p. ex. Britannique, Allemand*
- ❑ Europe du Sud p. ex. *Italien, Grec*
- ❑ Canadien français ou Acadien
- ❑ Juif ashkénaze
- ❑ Autre/Métis caucasien
- ❑ Asie de l'est p. ex. *Chinois, Japonais*
- ❑ Asie du sud p. ex. Indien, *Pakistanais*
- ❑ Asie Sud-Est *p. ex. Philipin, Vietnamien*
- ❑ Africain ou Afro-Américain
- ❑ Hispanique
- ❑ Moyen-Orient
- ❑ Premières Nations
- ❑ Océanien
- ❑ Inconnu

TESTS DEMANDÉS	**LLTR/CML/Mnémonique**
❑ **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**
❑ **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 : ❑ Sang (EDTA : 4mL) ❑ Salive (Oragene OG-510 : Sur demande)

_____ _____/_____/_____

Nom du partenaire (si également testé) DN : MM/JJ/AAAA

_____/_____/_____ _____:_____ _____

(MM/JJ/AAAA) **(HH : MM)** **Nom du préleveur**

Date du prélèvement sanguin **L'heure du prélèvement sanguin**

**** 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:** _____

Un nombre limité de données sur le patient est recueilli pour permettre l'exécution du service demandé. Cette information est considérée comme confidentielle. L'utilisation non autorisée et la divulgation sont interdites.