

Rapport au médecin #:	Médecin OHIP# (Ontario): Médecin MSC# (Colombie-Britannique): Autres provinces: 999	Étiquette démographique Demographic Label
Médecin prescripteur:	Nom	
Adresse du médecin prescripteur :	Adresse Tél: _____ Télécopieur : _____	
Signature du médecin :		Code barres Counsyl (Pour seule utilisation par labos de référence --- KRL/IRL/BRL/VRL) Counsyl Barcode (For Reference Labs use only-KRL/IRL/BRL/VRL)
Copie à:	Nom Tél: _____ Télécopieur : _____	
Facturer à:	Patient paie - type "P" (Counsyl : Facturer à la clinique)	
Nom du patient: (Nom de famille, prénom)	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance: ____/____/____ MM JJ AAAA
Adresse du patient:		Téléphone du patient:
L'information du patient (EXIGÉE): La patiente est-elle enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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, 1ère 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, Pakistanais</i> <input type="checkbox"/> Asie Sud-Est p. ex. <i>Philipin, 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		
Nom du (de la) conjoint(e):	Téléphone du (de la) conjoint(e):	Code barres du (de la) conjoint(e): Tel qu'inscrit sur le rapport initial
DDN du(de la) conjoint(e): ____/____/____ MM JJ AAAA	Date du test du(de la) conjoint(e): ____/____/____ MM JJ AAAA	MRN # du(de la) conjoint(e): Tel qu'inscrit sur le rapport initial
TEST DEMANDÉ		LL TR CML IC Mnemonic
<input type="checkbox"/> Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl 2.0 (séquençage complet) - \$795 Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet de plus de 100 gènes cliniquement significatifs Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Sang (EDTA: 4mL) <input type="checkbox"/> Salive (Oragene OG-510: Sur demande)		3901 3901 FPP

____/____/____ : _____
(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 ou d'un autre centre de prélèvement. 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.