

No. de facturation du médecin :	Médecin OHIP# (Ontario) Médecin MSC# (Colombie-Britannique) Autres provinces: 999	Étiquette démographique LifeLabs LifeLabs Demographic Label
Médecin prescripteur:	Nom	
Adresse du médecin prescripteur & coordonnées:	Tél: _____ Télécopieur: _____	
Signature du médecin:	Déclaration de consentement éclairé: Je confirme que cette patiente a été informée des détails concernant le(s) test(s) génétique(s) commandé ci-dessous, incluant les risques, bénéfices et limites, et elle a donné son consentement à être testé conformément aux lois applicables.	Étiquette démographique du bureau du médecin
Copie à: <input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé	Nom _____ Tél: _____ Télécopieur: _____	

Facturer à:	Facturation type "P" (le patient paye au moment du service)				
Nom de famille:	Prénom:			Date de naissance:	
				M	M
				J	J
				A	A
				A	A
Numéro d'unité:	Rue:	Ville:	Province:	Code Postal:	# Téléphone du patient:
					() -

QUESTIONS CLINIQUES	Jumeau / grossesse multiple / jumeau disparu? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Don d'ovule? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Mère porteuse? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Panorama n'est pas recommandé pour les grossesses avec jumeau, grossesse multiple, jumeau disparu, don d'ovule ou mère porteuse				
	Date d'accouchement: <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>				
	La patiente doit être à au moins 9 semaines de grossesse au moment du prélèvement Poids maternel: _____ lbs.				

Veillez choisir la (les) indication(s) clinique(s) pour le test:		<input type="checkbox"/> Indications échographiques - marqueur
<input type="checkbox"/> Âge maternel avancé		<input type="checkbox"/> Indications échographiques - anomalie congénitale
<input type="checkbox"/> Clarté nucale élevée (NT)		<input type="checkbox"/> Grossesse antérieure avec anomalie chromosomique
<input type="checkbox"/> Dépistage sérique anormal		<input type="checkbox"/> Histoire d'infertilité, mort-né ou autres difficultés reproductives
<input type="checkbox"/> Translocation autosomique équilibrée chez un individu normal		<input type="checkbox"/> Choix personnel: _____
<input type="checkbox"/> Histoire familiale		

ANALYSES DEMANDÉES		
Grossesses uniques SEULEMENT veuillez choisir une des options suivantes :		
<input type="checkbox"/> Test Prénatal Panorama® (\$550) Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y et triploïdie	LL TR 5517	Mnemonic NIP
<input type="checkbox"/> Test Prénatal Panorama® + délétion 22q11.2 (\$745) Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y, triploïdie et délétion 22q11.2	5517 & 3037	22Q
<input type="checkbox"/> Test Prénatal Panorama® + panel étendu de microdélétion [5] (\$795) Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y, triploïdie, délétion 22q11.2, Cri-du-chat, délétion 1p36, Angelman, Prader-Willi	5517 & 3071	MD5
<input type="checkbox"/> OUI, inclure le sexe du bébé sur le rapport (aucun frais) – le sexe ne sera pas rapporté si cette case est libre		
Date du prélèvement sanguin :	L'heure du prélèvement sanguin:	Nom du préleveur :
M M J J A A A A	H H M M	

**** EMPLOYÉS LIFE LABS/ BCBio: PHOTOCOPIER LA RÉQUISITION ET INCLURE 1 COPIE AVEC L'ÉCHANTILLON DANS LA BOÎTE ****
 Le test prénatal Panorama s'est effectué par LifeLabs Genetics (175 Galaxy Blvd., Suite 105, Toronto ON, M9W 0C9, Canada)

CONSENTEMENT DU PATIENT - OBLIGATOIRE:		
J'ai lu et signé le Formulaire de consentement du patient, lequel demeure avec le médecin prescripteur. Je comprends que deux échantillons sanguins seront prélevés par un membre du personnel de LifeLabs. Je reconnais que mon(mes) échantillon(s) et mes renseignements médicaux personnels seront envoyés aux laboratoires de LifeLabs et/ou Natera (adresses ci-contre) aux fins de dépistage prénatal non invasif. Je comprends aussi 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 enverra mes résultats à mon médecin prescripteur et si l'analyse est effectuée par Natera, LifeLabs recevra mes résultats et les enverra à mon médecin prescripteur. Je reconnais aussi que je serai contacté par LifeLabs pour obtenir mon consentement si LifeLabs est demandé de partager mes résultats pour une raison autre que celle requise ou permise par la loi. Dans l'éventualité d'un résultat indiquant un risque élevé, je comprends que LifeLabs pourrait communiquer avec mon médecin afin d'obtenir l'information diagnostique de suivi et ce, afin d'assurer la qualité et la précision des rapports.		
Signature du patient: _____	Date:	M M J J A A A A