

No. de facturation du médecin :	Médecin OHIP# (Ontario) : Médecin MSC# (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999	Etiquette démographique LifeLabs Lifelabs Demographic Label
Nom du médecin:	Nom	
Adresse du médecin prescripteur :	Tél : _____ Télécopieur: _____	
Signature du médecin		
Copie à :	Nom Tél: _____ Télécopieur: _____	Code barres Counsyl Counsyl Barcode
Facturer à:	Type de facturation "P" (le patient paye à l'obtention du service)	

Nom de famille:		Prénom:		Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:			
Numéro d'unité:	Rue:	Ville:	Prov.:	Code Postal:	# 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)	Ethnicité (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 : _____	<input type="checkbox"/> Europe du Nord p. ex. Britannique, Allemand <input type="checkbox"/> Europe du Sud p. ex. Italien, Grec <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. Chinois, Japonais <input type="checkbox"/> Asie du sud p. ex. Indien, Pakistanais <input type="checkbox"/> Asie Sud-Est p. ex. Philipin, Vietnamien <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

ANALYSES DEMANDÉES			
Family Prep Screen de Counsyl 2.0		LLTC	Mnemonic
Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet de >100 gènes cliniquement significatifs			
<input type="checkbox"/> PREMIER UTILISATEUR – veuillez cocher si aucun des partenaires n'a effectué l'analyse <input type="checkbox"/> PARTENAIRE – veuillez cocher cette option si un échantillon a déjà été envoyé pour le/la partenaire L'information concernant le/la partenaire doit être indiquée ci-dessous		4101	FP2
		3901	FPP
Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Sang (EDTA: 4mL) <input type="checkbox"/> Salive (Oragene OG-510: Disponible sur demande)			
Date du prélèvement sanguin :		L'heure du prélèvement sanguin :	
M M J J A A A A		H H M M	
Nom du préleveur :			
INFORMATION SUR LE/LA PARTENAIRE Si votre partenaire a déjà procédé à l'analyse Counsyl Family Prep Screen 2.0			
Nom du partenaire :		DDN du partenaire	Code barre du partenaire: du rapport original
		M M J J A A A A	
		Date du prélèvement	
		M M J J A A A A	

**** PHOTOCOPIEZ LA REQUISITION 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 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. Je reconnais que je suis responsable de la totalité du coût des analyses.	
Signature du patient: _____	Date: M M J J A A A A

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.