

No. de facturation du médecin :	Médecin OHIP# (Ontario) MSC# (British Columbia) Autres provinces: 999	Étiquette démographique LifeLabs
Ordering Physician:	Nom	
Ordering Physician Address & Contact Information:	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: _____ Téléphone: _____	
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:	Prov:	Postal Code:	Patient Telephone #:
					() -

QUESTIONS CLINIQUES (il doit y avoir une réponse pour chaque question. Les réquisitions incomplètes pourraient occasionner des délais d'analyses.)	Grossesse multiple? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N ↳ Si oui: Jumeaux? <input type="checkbox"/> Ou >2? <input type="checkbox"/> Optionnel: <input type="checkbox"/> Monochorionique <input type="checkbox"/> Dichorionique <input type="checkbox"/> Inconnu	Don d'ovule? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N ↳ Si Oui: âge de la donneuse lors du prélèvement: _____	Mère porteuse? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Jumeau disparu? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
	Panorama n'accepte PAS les jumeaux conçus par don d'ovules ou avec mère porteuse ni les grossesses multiples d'ordre élevé (>2), ou une grossesse avec jumeau disparu.		
	Date d'accouchement: M M J J A A A A La patiente <u>doit</u> être à au moins 9 semaines de grossesse au moment du prélèvement		

Veillez choisir la (les) indication(s) clinique(s) pour le test:

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

ANALYSES DEMANDÉES - Veuillez choisir une option seulement:			
<input type="checkbox"/>	Test Prénatal Panorama® (\$550) Test de dépistage pour les chromosomes 21, 13, 18, X, Y et triploïdie (monosomie X et la triploïdie ne sont pas évalués sur les grossesses dizygotes ni les grossesses conçues avec don d'ovule ou mère porteuse)	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 Pas disponible pour les jumeaux dizygotes ou les grossesses conçues avec don d'ovule ou mère porteuse.	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 Pas disponible pour les jumeaux dizygotes, ou les grossesses conçues avec don d'ovule ou mère porteuse.	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 Blood Collected:	Time Blood Collected:	Collector Name:
M M D D Y Y Y Y	H H M M	

**** EMPLOYÉS LIFELABS: PHOTOCOPIER LA RÉQUISITION ET INCLURE 1 COPIE AVEC L'ÉCHANTILLON DANS LA BOÎTE ****
 Grossesse monofoetale : Le test prénatal Panorama s'est effectué par LifeLabs Genetics (175 Galaxy Blvd., Suite 105, Toronto ON, M9W 0C9, Canada)
 Jumeaux et grossesses par don d'ovule ou mère porteuse : Le test prénatal Panorama est fait par Natera Inc. (410 - 201 Industrial Road, San Carlos, CA, 94070, USA)

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