

<b>N° DE CONTRAT</b>	<b>LL : K012-01</b>	<b>Renseignements démographiques – LifeLabs Étiquette</b>
<b>Rapport au médecin n°</b>	N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999	
<b>Nom du médecin qui a commandé les tests</b>	<b>Nom</b>	<b>Étiquette additionnelle (au besoin)</b>
<b>Médecin qui a commandé les tests</b> <b>Adresse et coordonnées :</b>	<b>Adresse</b>  Tél. : _____ Téléc. : _____	
<b>Signature du médecin :</b>	Confirmation du consentement du patient : Je confirme que ce patient a consenti aux examens conformément aux dispositions légales applicables, ce qui fait foi que : le patient a été informé des détails concernant les tests génétiques décrits ci-dessous, et notamment des risques, des bienfaits et des limites de ces tests; je m'assurerai/nous nous assurerons que les résultats des examens soient convenablement expliqués au patient, et qu'ils ne lui soient pas communiqués sans qu'il bénéficie d'un counselling; enfin le patient a été informé qu'il/elle a le droit de retirer son consentement en tout temps. Je confirme que le patient est également capable de donner son consentement, que toutes les questions ont été répondues et que le/la patient(e) a eu suffisamment de temps de considération avant de procéder à l'analyse.	
<b>Personne en copie :</b> <input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre fournisseur de soins de santé	<b>Nom de la personne en copie</b>  Tél. : _____ Téléc. : _____	
<b>Destinataire de la facture :</b>	<b>Contrat n° K012-01 (le patient ne paie pas au moment du prélèvement)</b>	<b>Sexe du patient :</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
<b>Nom et prénom du patient :</b>	<b>Nom</b>	<b>DN du patient :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Adresse du patient :</b>	<b>Santé N° de carte :</b>	<b>Patient Téléphone :</b>

**Si les échantillons n'ont pas été prélevés dans un établissement LifeLabs, veuillez envoyer tous les échantillons destinés à des tests NON PRÉNATALS à :**

LifeLabs · Attn CDS Department • 37 Voyager Court N. • Toronto ON • M9W 6J2

**TEST DEMANDÉ**

<b>Type d'échantillon :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Échantillon de sang</b> de 2 x 4 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique (pédiatrique) – Échantillon de sang</b> 1 x 2 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – ADN</b> (1-10 µg) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Carte buvard</b> (disponible sur demande) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Autre :</b> _____ <b>ÉCHANTILLONS PRÉNATALS :</b> À expédier directement à CENTOGENE	<b>ON-LL TR n°</b>	<b>Mnémonique</b>
		4005	ACG
		4008	CEN
		4014	OCG
		4014	OCG
		4014	OCG
<b>Date de la prise de sang (MM/JJ/AAAA) :</b> _____ <b>Heure du prélèvement (HH : MM) :</b> _____ <b>Nom de la personne qui a effectué la prise de sang :</b> _____			
<b>Sélection de tests :</b>	<b>Séquençage – choisir l'UNE des options suivantes :</b> <input type="checkbox"/> <b>Centoxome Or</b> 70-100 x la couverture moyenne (~95 % des bases ciblées sont couvertes > 10 X) • Délai d'exécution < 55 jours ouvrables • Aucun test prénatal disponible <input type="checkbox"/> <b>Centoxome Platine</b> 100-130 x la couverture moyenne (~95 % des bases ciblées sont couvertes > 20 X) • Délai d'exécution < 15 jours ouvrables • Test prénatal disponible	<b>Nombre d'échantillons – choisir l'UNE des options suivantes :</b> <input type="checkbox"/> <b>Solo</b> Solo désigne l'analyse effectuée sur le patient de référence seulement; nous recommandons l'analyse Trio pour une meilleure précision diagnostique. <input type="checkbox"/> <b>Trio</b> Trio désigne les analyses effectuées sur le patient de référence en même temps que les parents. <input type="checkbox"/> <b>Trio Plus</b> « Trio plus » signifie « Trio » et autres membres de la famille. Tous les échantillons pour analyses Trio doivent être reçus simultanément avant le début des tests, sinon chaque échantillon de la même famille sera facturé individuellement (Solo).	
<b>Échange de données sur l'analyse des séquences :</b> <input type="checkbox"/> <b>fichiers fastq</b> <input type="checkbox"/> <b>fichiers bam</b> <input type="checkbox"/> <b>vcf</b> Les données brutes (fichiers fastq et bam) sont disponibles pendant une période limitée seulement et doivent être téléchargées du serveur dans un délai d'un mois après que le client a été informé de la fin de l'analyse ou après la transmission du rapport médical définitif. <input type="checkbox"/> <b>Données sélectionnées ci-dessus avec rapport de variants annoté et filtré</b> – rapport de variants filtré sous forme de tableau Excel			
<b>Analyse supplémentaire : (frais supplémentaires)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Analyse du génome mitochondrial- le génome mitochondrial est couvert à &gt;1000x avec une banque génomique additionnelle</b>			
<b>Liste de vérification des commandes</b>  Chaque élément suivant est obligatoire pour le séquençage de l'exome entier	<input type="checkbox"/> <b>Demande visant le proposant</b> <input type="checkbox"/> <b>Liste de vérification remplie des caractéristiques cliniques (bas de la page 2)</b> <input type="checkbox"/> <b>Consentement éclairé</b> <input type="checkbox"/> <b>Demande Parentale 1</b> (si Trio a été sélectionné) <input type="checkbox"/> <b>Demande Parentale 2</b> (si Trio a été sélectionné) <input type="checkbox"/> <b>Demande visant un autre membre de la famille</b> (si TrioPlus est sélectionné OU si les échantillons Parental ne sont pas disponibles)		

**\*\*PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS\*\***

<b>Nom du patient :</b>		<b>DN du patient (MM/JJ/AAAA) :</b>	
<b>Type de paiement :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Approuvé par le ministère de la Santé</b> (lettre d'approbation ci-jointe) <input type="checkbox"/> <b>Approbation du ministère de la Santé en attente</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Paiement privé</b> (Renseignements complets ci-dessous) <input type="checkbox"/> <b>Établissement</b> (Renseignements complets ci-dessous)		
<b>Facturation de l'établissement SEULEMENT :</b>	<b>Nom de l'établissement :</b> _____ <b>Nom de la personne-ressource :</b> _____ <b>Adresse :</b> _____  <b>Téléphone :</b> ( _____ ) _____ - _____ <b>Télécopieur :</b> ( _____ ) _____ - _____ <b>Courriel :</b> _____		
<b>Paiement privé SEULEMENT :</b>	Veuillez remplir le <b>formulaire « Exome entier de Centogene – Autorisation de paiement d'un tiers payant privé »</b>		
<b>Information sur le patient :</b>	<input type="checkbox"/> Africain(e) <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Juif(-ve) ashkénaze</span> <input type="checkbox"/> Race blanche <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Autre/Caucasien(ne) mixte</span> <input type="checkbox"/> Canadien(ne) français(e) ou Acadien <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Amérindien(ne)</span> <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Hispanique</span> <input type="checkbox"/> D'Europe du Nord ex. : Britannique, Allemand(e) <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Du Sud de l'Europe ex. : Italien(ne), Grec(que)</span> <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Indien(ne), Pakistanais(e) <span style="float:right"><input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Philippin(e), Vietnamien(ne)</span> <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Chinois(e), Japonais(e) <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Des îles du Pacifique</span>		
	<b>Antécédents médicaux et familiaux pertinents :</b>		

**LISTE DE VÉRIFICATION DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

<b>Cardiovasculaire</b> <input type="checkbox"/> Œdème angioneurotique <input type="checkbox"/> Dilatation de l'aorte  <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Coarctation de l'aorte <input type="checkbox"/> Anomalie du septum interauriculaire  <input type="checkbox"/> Anomalie du septum interventriculaire <input type="checkbox"/> Mycardiopathie dilatée <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Mycardiopathie obstructive <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Syndrome du QT long <input type="checkbox"/> Lymphoedème <input type="checkbox"/> Malf. des vaisseaux du cœur et des gros vaisseaux <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde  <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/> Vasculrite/angéite	<input type="checkbox"/> Dysplasie corticale <input type="checkbox"/> Craniostynostose <input type="checkbox"/> Retard dans les étapes du développement moteur <input type="checkbox"/> Retard de langage <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Régression du développement  <input type="checkbox"/> Dystonie <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Épilepsie, fébrile <input type="checkbox"/> Épilepsie, focale <input type="checkbox"/> Épilepsie, généralisée <input type="checkbox"/> Céphalées/migraine <input type="checkbox"/> Hétérotopie <input type="checkbox"/> Holoprosencéphalie  <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie <input type="checkbox"/> Hyperflexie <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Leucodystrophie <input type="checkbox"/> Lissencéphalie <input type="checkbox"/> Macrocéphalie <input type="checkbox"/> Hypertonie musculaire <input type="checkbox"/> Hypotonie musculaire <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Syndromes psychiatriques <input type="checkbox"/> Spasticité <input type="checkbox"/> ACV	<b>Ophthalmologique</b> <input type="checkbox"/> Blépharospasme <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Colobome <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Microphthalmie <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Ophthalmoplogie <input type="checkbox"/> Atrophie optique <input type="checkbox"/> Ptose <input type="checkbox"/> Rétinite pigmentaire <input type="checkbox"/> Rétinoblastome <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Perte de vision  <b>Os, peau et système immunitaire</b> <input type="checkbox"/> Anomalie des cheveux <input type="checkbox"/> Ongles anormaux <input type="checkbox"/> Anomalie de la pigmentation <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Pied bot <input type="checkbox"/> Caractéristiques dysmorphiques <input type="checkbox"/> Peau hyperextensible <input type="checkbox"/> Ichtyose <input type="checkbox"/> Contractures articulaires <input type="checkbox"/> Hypermobilité articulaire <input type="checkbox"/> Malformation d'un membre <input type="checkbox"/> Pancytopenie  <input type="checkbox"/> Polydactylie <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Anomalies du squelette <input type="checkbox"/> Tumeurs cutanées	<input type="checkbox"/> Syndactylie <input type="checkbox"/> Pied bot varus équin congénital <input type="checkbox"/> Anomalies vertébrales  <b>Métabolique</b> <input type="checkbox"/> Taux anormal de créatine kinase <input type="checkbox"/> Hausse du taux de lactate dans le LCR <input type="checkbox"/> Baisse de la carnitine plasmatique <input type="checkbox"/> Taux élevé d'alanine <input type="checkbox"/> Taux élevé de pyruvate <input type="checkbox"/> Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Cétose <input type="checkbox"/> Acidémie lactique <input type="checkbox"/> Acidurie organique  <b>Foie/Reins/Système endocrin/Tractus gastro-intestinal</b> <input type="checkbox"/> Anomalie de la morphologie rénale <input type="checkbox"/> Anomalie de l'appareil urinaire <input type="checkbox"/> Maladie de Hirschprung <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diabète sucré <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Taux élevé de transaminases <input type="checkbox"/> Gastroschisis <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Hydronéphrose <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie/hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie/hyperparathyroïdie <input type="checkbox"/> Hypoparathyroïdie <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Paragangliome <input type="checkbox"/> Phéochromocytome <input type="checkbox"/> Sténose du pylore
			<input type="checkbox"/> Vomissements récurrents <input type="checkbox"/> Agénésie rénale <input type="checkbox"/> Kyste rénal <input type="checkbox"/> Tubulopathie rénale  <b>Tumoral et hématologique</b> <input type="checkbox"/> Taux d'hémoglobine anormal <input type="checkbox"/> Polypes adénomateux <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale <input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation <input type="checkbox"/> Tumeur colorectale <input type="checkbox"/> Immunodéficience <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Tumeur pulmonaire  <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Myélofibrose <input type="checkbox"/> Neutropénie <input type="checkbox"/> Pancytopenie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie  <b>Prénatal et développement</b> <input type="checkbox"/> Hémihypertrophie <input type="checkbox"/> Anasarque foeto-placentaire <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Retard du développement <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérine <input type="checkbox"/> Croissance exagérée <input type="checkbox"/> Polyhydramnios  <input type="checkbox"/> Naissance prématurée <input type="checkbox"/> Petite taille <input type="checkbox"/> Grande taille

**\*\*PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS\*\***

Nom du patient :

DN du patient (MM/JJ/AAAA) :

## Séquençage clinique de l'exome – Consentement éclairé (page 1 de 2)

### Définition des tests génétiques et des tests de séquençage de l'exome entier?

Votre médecin vous a recommandé (ou à une personne dont vous avez la garde ou dont vous vous occupez) une analyse génétique afin de mieux caractériser vos symptômes/établir votre diagnostic. **Un test génétique** est une analyse moléculaire-génétique des caractères héréditaires (ADN) pouvant être la cause de la maladie qui est présente ou dont on soupçonne la présence dans votre famille. Lors d'une analyse génétique, les caractéristiques génétique pour une condition particulière sont analysées et plusieurs caractéristiques génétiques sont étudiées en même temps en utilisant une méthode qui permet une vue d'ensemble ( par exemple l'exome ou le séquençage du génome).

Le **matériel à l'étude** est généralement un échantillon de sang. Normalement, le prélèvement d'un échantillon sanguin n'est associé à aucun risque pour la santé. Il arrive parfois qu'une accumulation de sang (hématome) se forme au point de prélèvement ou, très rarement, que des dommages aux nerfs se produise. La possibilité d'un mélange d'échantillons quoiqu'extrêmement improbable ne peut être complètement éliminé. Tous les efforts sont entrepris pour éviter ce problème ou d'autres erreurs.

Un nouveau type de test génétique appelé **Séquençage de l'exome entier** (SEE) permet de déceler les changements de l'ADN en se concentrant sur les régions les plus informatives du génome. L'exome désigne l'ensemble des séquences d'ADN des gènes à l'origine de la production de protéines dont l'organisme a besoin pour son bon fonctionnement. La plupart des mutations causant des maladies et décelées jusqu'ici se trouvent dans des exons. Bien que la plupart des tests génétiques ciblent un seul gène ou un nombre fixe de gènes prédéterminés, les tests de SEE examinent simultanément des milliers de gènes. L'échantillon et les résultats seront utilisés pour l'analyse tel que décrit par votre déclaration de consentement noté ci-bas. Les résultats seront aussi utilisés, si possible, pour guider les décisions de traitement de votre médecin traitant.

### Résultats

L'analyse d'une séquence d'exome consiste à la comparer avec le génome humain de référence. Bien que certaines variations soient inévitables, selon le sujet et les données disponibles, CENTOGENE ne rapporte que les mutations causant des maladies. Ceci est déterminé en comparant les résultats avec des bases de données médicales à la recherche de liens scientifiques. Si votre test de SEE révèle des variations potentiellement perturbatrices ou des problèmes possiblement liés à votre affection, celles-ci seront portées à l'attention de votre médecin.

Un rapport médical peut contenir des renseignements qui concernent directement votre santé ou celle des membres de votre famille avec lesquels vous partagez une partie de votre bagage génétique. CENTOGENE s'en remet aux lignes directrices énoncées par l'American College of Medical Genetics (ACMG), en vertu desquelles certains types de résultats fortuits/secondaires ou réclamant des interventions médicales concrètes doivent être signalés (PMID : 23788249). CENTOGENE ne rapportera pas les résultats qui ne sont pas directement liés à une maladie ou qui ne sont pas notés dans les énoncés de l'ACMG.

Si une mutation est identifiée dans un gène lié à une maladie, ce résultat est habituellement très concluant. Même si aucune mutation causant une maladie n'est décelée, il se peut que des changements génétiques responsables de votre maladie soient quand même présents. Il est donc généralement impossible d'écarter complètement une maladie génétique ou une tendance à avoir une maladie.

Il arrive que des variants génétiques soient présents, mais que leur signification ne soit pas claire. Cette information est incluse dans les résultats et discutée avec vous. Il est impossible d'expliquer de manière exhaustive toutes les causes possibles de maladies causées par des facteurs génétiques. Par ailleurs, les analyses génétiques ne permettent pas d'écarter complètement tous les risques de maladie pour vous et les membres de votre famille (notamment vos enfants).

### Résultats confirmés par séquençage de Sanger

Tous les variants qui ne remplissent pas les paramètres établies pour une précision à 100% seront confirmés par séquençage Sanger.

### Utilisation d'échantillons parentaux au cours du SEE

Les échantillons des parents biologiques servent à mieux interpréter les résultats définitifs du SEE. L'analyse In Trio, les tests de SEE et les analyses bioinformatiques des échantillons parentaux s'effectuent parallèlement à l'analyse du patient de référence. Les échantillons (selon les données issues du séquençage de l'exome) des parents ne sont analysés que dans le cadre de la maladie du patient. Si plusieurs membres de la famille se soumettent aux tests, l'interprétation exacte des résultats dépend de l'authenticité des liens de parenté qui leur sont prêtés. Si l'analyse génétique soulève un doute quant aux liens de parenté apparents, nous ne vous en informerons pas. Nous ferons une exception à cette règle si c'est absolument indispensable à la réalisation du test requis.

### Droit de retrait du consentement

Certains types de mutations peuvent ne pas être détectables (par exemple, de larges variabilités du nombre de copies, la méthylation, les expansions de triplets répétés, etc.) Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement à l'égard de l'analyse, intégralement ou partiellement, et sans indiquer de raisons. Vous avez le droit de ne pas être informé(e) des résultats des tests (droit de ne pas savoir), d'interrompre les tests à tout moment avant de recevoir les résultats, et de demander la destruction de tout le matériel analysé et de tous les résultats recueillis jusque-là. Si un exome est annulé avant que l'analyse soit enchaînée, Centogène procèdera à un frais de traitement et enverra un rapport d'annulation. Une fois l'analyse entamée, le prix complet sera facturé.

### Limites inhérentes au SEE

Les tests de SEE n'analysent pas tous les gènes du génome humain. Il se peut que certains gènes ne puissent être examinés pour diverses raisons techniques. Il se peut qu'environ 5 % des exons ciblés ne soient pas suffisamment couverts pour diverses raisons techniques. L'étendue de l'analyse dépend de l'option choisie. Or ou Platine.

Certains types de mutations peuvent ne pas être détectables (par exemple, de larges variabilités du nombre de copies, la méthylation, les expansions de triplets répétés, etc.) Cela signifie que vous pouvez être atteint d'une maladie qui ne sera pas détectée ou révélée par le SEE.

Les données brutes filtrés des variant peuvent inclure des résultats secondaires et des variants potentiellement des artefacts du séquençage.

Prendre connaissance des résultats peut mener à un stress mental. Il est recommandé de discuter en détail des résultats d'analyses avec votre médecin traitant.

Nom du patient :

DN du patient (MM/JJ/AAAA) :

## Séquençage clinique de l'exome – Consentement éclairé (page 2 de 2)

**Les sections 1,2 et 3 ci-dessous doivent être cochées ou avoir des signatures de la part du patient.** – Il est obligatoire de vérifier qu'un patient a signé son consentement avant d'effectuer une analyse génétique.

### 1) Résultats fortuits

Comme notre test de séquençage de l'exome entier (SEE) permet d'analyser de nombreux gènes différents, il peut produire des résultats fortuits ou secondaires sans rapport avec la raison pour laquelle il a été commandé. Ces résultats peuvent fournir des renseignements imprévus et sans lien avec les caractéristiques cliniques connues de la personne concernée, mais ayant une utilité médicale pour la prise en charge du patient. En général, ces maladies peuvent être classées selon les catégories suivantes :

- 1) une prédisposition à un risque accru de cancer;
- 2) un statut de porteur de maladies récessives;
- 3) une prédisposition à des maladies d'apparition tardive.

Dans les rapports de séquençage clinique de l'exome, Centogene rapporte les mutations des classes ou types spécifiés touchant les gènes figurant à la section « Recommandations de l'ACMG sur les rapports de résultats fortuits ». **Choisissez-vous d'être informé(e) des résultats génétiques qui ne concernent pas la raison précise pour laquelle le fournisseur de soins de santé a commandé l'examen.**

Oui  Non

### 2) LifeLabs

Je comprends que mon échantillon d'ADN à analyser sera envoyé à LifeLabs pour y subir des tests génétiques. Je suis conscient(e) qu'il est important que les renseignements concernant les liens de parenté entre les membres de ma famille soient exacts. J'accepte que mon échantillon et mes renseignements médicaux personnels soient envoyés au laboratoire de Centogene AG en Allemagne (à l'adresse indiquée ci-dessus). Afin de contribuer à la précision des tests, j'accepte que les résultats des tests génétiques me concernant, déjà effectués par Centogene AG, soient transmis à LifeLabs. Je comprends que LifeLabs communiquera avec moi pour obtenir un nouvel échantillon si l'échantillon initial ne permet pas d'obtenir un résultat au test effectué. Je consens à ce qu'une copie de mes résultats soit envoyée au médecin qui a commandé les tests. J'accepte également qu'une copie des résultats de tous les examens me concernant effectués par Centogene AG soit transmise à LifeLabs.

Patient/mandataire autorisé : Signature : \_\_\_\_\_ ; Date : \_\_\_\_\_

Nom en majuscules : \_\_\_\_\_ ; Lien de parenté avec la personne qui passe le test : \_\_\_\_\_

**OUI** : J'atteste que le patient/son mandataire autorisé a consenti verbalement aux tests génétiques demandés.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ ; Date : \_\_\_\_\_

### 3) Déclaration du consentement à une analyse génétique

Je consens à ce que l'analyse génétique décrite dans le présent document soit effectuée à mon égard ou à celui de la personne dont je suis le(la) gardien(ne). Mon médecin m'a décrit la ou les affections recherchées et leur base génétique. J'ai reçu, lu et compris un document expliquant les analyses génétiques. Je consens à l'enregistrement de mes renseignements personnels, notamment de mon nom, de ma date de naissance et de mon lien de parenté avec les autres membres de ma famille, et à celui des données médicales requises, conformément aux règlements relatifs à la protection des données. CENTOGENE conservera les renseignements personnels et les résultats médicaux pendant 20 ans, sous réserve d'un consentement signé. Vos renseignements personnels, vos résultats médicaux et votre échantillon sont protégés par le secret médical et ne peuvent être divulgués sans votre consentement écrit, à moins que la loi ne l'autorise ou ne l'exige par ailleurs. Je consens à ce que les résultats de mes examens soient conservés et utilisés de la manière prescrite par les dispositions légales et réglementaires jusqu'à ce que signifie par écrit à CENTOGENE le retrait de mon consentement. J'accepte également que le(s) résultat(s) de l'analyse soi(en)t conservé(s) afin de m'être transmis, à moi ou à mon médecin traitant, conformément aux règlements relatifs aux droits de la vie privée. J'ai été entièrement informé(e) par mon médecin des répercussions médicales et psychologiques. Je confirme également que je recevrai des conseils en génétique pour m'aider à comprendre les conséquences des résultats de mes tests diagnostiques.

1. Je comprends qu'une fois que le ou les tests demandés ont été effectués, tout échantillon restant sera entreposé au laboratoire ayant réalisé le test sans frais additionnels.
2. J'accepte que mon échantillon anonymisé soit utilisé à des fins de développement d'un produit, de contrôle de la qualité ou de recherche. Je comprends que je ne tirerai ni redevances, ni paiements, ni avantages ni droits de quelque produit ou découverte.
3. Je consens à ce que les résultats de mes examens, sous forme cryptée (associés à un pseudonyme) ou anonymisée, soient conservés et utilisés dans une base de données statistiques à des fins scientifiques et pour faciliter et améliorer le diagnostic des altérations et des maladies génétiques chez d'autres patients.
4. Je consens à ce que les résultats de mes tests anonymisés, conservés dans la base de données, soient transmis à des médecins, à des scientifiques et à des chercheurs à des fins de recherche sur les maladies génétiques et de perfectionnement des méthodes diagnostiques et des traitements.

Je refuse que le reste de mon échantillon ou les données provenant de mes résultats soient conservés et/ou utilisés à des fins de développement d'un produit ou de recherche. Veuillez détruire tout échantillon restant après l'émission du rapport définitif. En cochant cette case, je ne souscris pas aux éléments 1, 2, 3 et 4 ci-dessus.

Patient/mandataire autorisé : Signature : \_\_\_\_\_ ; Date : \_\_\_\_\_

Nom en majuscules : \_\_\_\_\_ ; Lien de parenté avec la personne qui passe le test : \_\_\_\_\_

N° DE CONTRAT	LL : K012-01 / C.-B. : aucun n° de contrat		Renseignements démographiques – LifeLabs Étiquette
Rapport au médecin n°	N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999		
Nom du médecin qui a commandé les tests	Nom		
Médecin qui a commandé les tests Adresse et coordonnées :	Adresse Tél. : Téléc. :		Étiquette LifeLabs additionnelle (au besoin)
Signature du médecin :			
Copie conforme à :	Nom de la personne en copie Tél. : Téléc. :		<input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre prestataire de soins de santé
Destinataire de la facture :	Contrat n° K012-01 (le patient ne paie pas au moment du prélèvement)		Sexe du patient : (H/F)
Nom et prénom du patient :	Nom		DN du patient : (MM/JJ/AAAA)
Patient Adresse :	Carte santé du patient :	N° de téléphone du patient :	

Si les échantillons n'ont pas été prélevés dans un établissement LifeLabs, veuillez envoyer tous les échantillons destinés à des tests NON PRÉNATALS à :

LifeLabs · Attn CDS Department • 37 Voyager Court N. • Toronto ON • M9W 6J2

TEST DEMANDÉ		
Type d'échantillon :		ON-LL TR n° Mnémonique
<input type="checkbox"/> Test génétique – Échantillon de sang de 2 x 4 mL d'EDTA		4005 ACG
<input type="checkbox"/> Test génétique (pédiatrique) – Échantillon de sang 1 x 2 mL d'EDTA		4008 CEN
<input type="checkbox"/> Test génétique – ADN (1-10 µg)		4014 OCG
<input type="checkbox"/> Test génétique – Carte buvard (disponible sur demande)		4014 OCG
<input type="checkbox"/> Test génétique – Autre : _____		4014 OCG
<b>ÉCHANTILLONS PRÉNATALS :</b> À expédier directement à CENTOGENE		

Date de la prise de sang (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_ Heure du prélèvement (HH : MM) : \_\_\_\_\_ Nom de la personne qui a effectué la prise de sang : \_\_\_\_\_

CENTOXOME® PARENTAUX (doivent être joints au « Séquençage de l'exome entier du proposant »)	
--	--

Nom du proposant :		
Information sur le parent :	<input type="checkbox"/> Africain(e) <input type="checkbox"/> Race blanche <input type="checkbox"/> Canadien(ne) français(e) ou Acadien <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient <input type="checkbox"/> D'Europe du Nord ex. : Britannique, Allemand(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Indien(ne), Pakistanais(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Chinois(e), Japonais(e)	<input type="checkbox"/> Juif(-ve) ashkénaze <input type="checkbox"/> Autre/Caucasien(ne) mixte <input type="checkbox"/> Amérindien(ne) <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Du Sud de l'Europe ex. : Italien(ne), Grec(que) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Philippin(e), Vietnamien(ne) <input type="checkbox"/> Des îles du Pacifique
	<b>Renseignements médicaux supplémentaires sur le (la) patient(e) :</b> Un membre de la famille présente-t-il des symptômes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :  Antécédents familiaux pertinents :	

**\*\*PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS\*\***

<b>N° DE CONTRAT</b>	<b>LL : K012-01 / C.-B. : aucun n° de contrat</b>		<b>Renseignements démographiques – LifeLabs Étiquette</b>
<b>Rapport au médecin n°</b>	N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999		
<b>Nom du médecin qui a commandé les tests</b>	Nom		
<b>Médecin qui a commandé les tests Adresse et coordonnées :</b>	Adresse  Tél. : _____ Téléc. : _____		<b>Étiquette LifeLabs additionnelle (au besoin)</b>
<b>Signature du médecin :</b>			
<b>Copie conforme à :</b>	Nom de la personne en copie Tél. : _____ Téléc. : _____		<input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre prestataire de soins de santé
<b>Destinataire de la facture :</b>	<b>Contrat n° K012-01</b> (le patient ne paie pas au moment du prélèvement)		<b>Sexe du patient : (H/F)</b>
<b>Nom et prénom du patient :</b>	Nom		<b>DN du patient :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Patient Adresse :</b>	<b>Carte santé du patient :</b>		<b>N° de téléphone du patient :</b>

Si les échantillons n'ont pas été prélevés dans un établissement LifeLabs, veuillez envoyer tous les échantillons destinés à des tests **NON PRÉNATALS** à :

LifeLabs · Attn CDS Department • 37 Voyager Court N. • Toronto ON • M9W 6J2

<b>TEST DEMANDÉ</b>				
<b>Type d'échantillon :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Échantillon de sang</b> de 2 x 4 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique (pédiatrique) – Échantillon de sang</b> 1 x 2 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – ADN</b> (1-10 µg) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Carte buvard</b> (disponible sur demande) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Autre :</b> _____ <b>ÉCHANTILLONS PRÉNATALS :</b> À expédier directement à CENTOGENE	<b>ON-LL TR n°</b>	<b>Mnémonique</b>	
		4005	ACG	
		4008	CEN	
		4014	OCG	
		4014	OCG	
		4014	OCG	
<b>Date de la prise de sang (MM/JJ/AAAA) :</b> _____ <b>Heure du prélèvement (HH : MM) :</b> _____ <b>Nom de la personne qui a effectué la prise de sang :</b> _____				
<b>CENTOXOME® PARENTAUX (doivent être joints au « Séquençage de l'exome entier du proposant »)</b>				
<b>Nom du proposant :</b>				
<b>Information sur le parent :</b>	<input type="checkbox"/> Africain(e) <input type="checkbox"/> Race blanche <input type="checkbox"/> Canadien(ne) français(e) ou Acadien <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient <input type="checkbox"/> D'Europe du Nord ex. : Britannique, Allemand(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Indien(ne), Pakistanais(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Chinois(e), Japonais(e)	<input type="checkbox"/> Juif(-ve) ashkénaze <input type="checkbox"/> Autre/Caucasien(ne) mixte <input type="checkbox"/> Amérindien(ne) <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Du Sud de l'Europe ex. : Italien(ne), Grec(que) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Philippin(e), Vietnamien(ne) <input type="checkbox"/> Des îles du Pacifique		
<b>Renseignements médicaux supplémentaires sur le (la) patient(e) :</b>				
<b>Un membre de la famille présente-t-il des symptômes?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>Dans l'affirmative, veuillez préciser :</b>				
<b>Antécédents familiaux pertinents :</b>				

**\*\*PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS\*\***



<b>N° DE CONTRAT</b>	<b>LL : K012-01 / C.-B. : aucun n° de contrat</b>		<b>Renseignements démographiques – LifeLabs Étiquette</b>
<b>Rapport au médecin n°</b>	N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999		
<b>Nom du médecin qui a commandé les tests</b>	Nom		
<b>Médecin qui a commandé les tests Adresse et coordonnées :</b>	Adresse  Tél. : _____ Téléc. : _____		<b>Étiquette LifeLabs additionnelle (au besoin)</b>
<b>Signature du médecin :</b>			
<b>Copie conforme à :</b>	Nom de la personne en copie Tél. : _____ Téléc. : _____		<input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre prestataire de soins de santé
<b>Destinataire de la facture :</b>	<b>Contrat n° K012-01</b> (le patient ne paie pas au moment du prélèvement)		<b>Sexe du patient : (H/F)</b>
<b>Nom et prénom du patient :</b>	Nom		<b>DN du patient :</b> (MM/JJ/AAAA)
<b>Patient Adresse :</b>	<b>Carte santé du patient :</b>		<b>N° de téléphone du patient :</b>

Si les échantillons n'ont pas été prélevés dans un établissement LifeLabs, veuillez envoyer tous les échantillons destinés à des tests **NON PRÉNATALS** à :

LifeLabs · Attn CDS Department • 37 Voyager Court N. • Toronto ON • M9W 6J2

<b>TEST DEMANDÉ</b>			
<b>Type d'échantillon :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Échantillon de sang</b> de 2 x 4 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique (pédiatrique) – Échantillon de sang</b> 1 x 2 mL d'EDTA <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – ADN</b> (1-10 µg) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Carte buvard</b> (disponible sur demande) <input type="checkbox"/> <b>Test génétique – Autre :</b> _____ <b>ÉCHANTILLONS PRÉNATALS :</b> À expédier directement à CENTOGENE	<b>ON-LL TR n°</b>	<b>Mnémonique</b>
		4005	ACG
		4008	CEN
		4014	OCG
		4014	OCG
		4014	OCG
Date de la prise de sang (MM/JJ/AAAA) : _____ Heure du prélèvement (HH : MM) : _____ Nom de la personne qui a effectué la prise de sang : _____			
<b>CENTOXOME® PARENTAUX (doivent être joints au « Séquençage de l'exome entier du proposant »)</b>			
<b>Nom du proposant :</b>			
<b>Information sur le membre de la famille :</b>	<b>Lien avec le proposant :</b>		
	<input type="checkbox"/> Africain(e) <input type="checkbox"/> Race blanche <input type="checkbox"/> Canadien(ne) français(e) ou Acadien <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient <input type="checkbox"/> D'Europe du Nord ex. : Britannique, Allemand(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Indien(ne), Pakistanais(e) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Chinois(e), Japonais(e)	<input type="checkbox"/> Juif(-ve) ashkénaze <input type="checkbox"/> Autre/Caucasien(ne) mixte <input type="checkbox"/> Amérindien(ne) <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Du Sud de l'Europe ex. : Italien(ne), Grec(que) <input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Philippin(e), Vietnamien(ne) <input type="checkbox"/> Des îles du Pacifique	
	<b>Renseignements médicaux supplémentaires sur le (la) patient(e) :</b>		
	<b>Un membre de la famille présente-t-il des symptômes?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Dans l'affirmative, veuillez préciser :</b>  <b>Antécédents familiaux pertinents :</b>		

**\*\*PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS\*\***

