

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 _____ 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: M M J J A A A A		
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 ex. <i>Britannique, Allemand</i> <input type="checkbox"/> Europe du Sud 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 ex. <i>Chinois, Japonais</i> <input type="checkbox"/> Asie du sud ex. <i>Indien, Pakistanais</i> <input type="checkbox"/> Asie Sud-Est ex. <i>Philippin, 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			

ANALYSES DEMANDÉES					
Expanded Carrier Screen (Counsyl Foresight™) <small>Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet de plus de 175 conditions cliniquement significatifs</small>				<u>LL TC</u> 4101	<u>Mnemonic</u> FP2
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:		Nom du préleveur:	
M M	J J	A A A A	H H	M M	
INFORMATION SUR LE/LA PARTENAIRE					
<small>*Si votre partenaire a déjà procédé à l'analyse Counsyl Expanded Carrier Screen</small>					
Nom du partenaire:		DDN du partenaire	M M	J J	A A A A
		Date du prélèvement	M M	J J	A A A A
					Code barre du partenaire: <small>du rapport original</small>

**** 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:	
<p>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.</p>	
Signature du patient: _____	Date: M M J J A A A A