

N° DE CONTRAT				Données démographiques – Lifelabs Étiquette	
Rapport au médecin n°		N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC du médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces (Ontario Voyager) : 999			
Nom du médecin qui a commandé les tests		Nom			
Médecin qui a commandé les tests		Adresse		Étiquette additionnelle (au besoin)	
Adresse et coordonnées		Tél. : _____ Téléc. : _____			
Signature du médecin :		<p>Confirmation du consentement du patient : Je confirme que le patient ci-nommé a consenti aux examens conformément aux dispositions légales applicables. J'ai remis au patient le formulaire d'information du patient et j'ai discuté de la séance prétest et fourni des détails associés aux tests génétiques sélectionnés ci-dessous, dont les risques, les avantages et les limitations. J'ai invité le patient à revoir les résultats du test avec un consultant génétique approprié. Je confirme également que le patient a été informé de son droit à révoquer son consentement en tout temps. J'autorise que le patient obtienne une copie des résultats du test en plus des lettres récapitulatives des séances de consultation. À noter que la case cochée ci-dessous invalide cette autorisation.</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'autorise PAS le patient à obtenir directement une copie des résultats du test ou des lettres récapitulatives, et cette décision a été clairement énoncée au patient.</p>			
		<i>Signature du médecin</i>			
Copie conforme : <input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé		Nom de la personne en copie			
		Tél. : _____ Téléc. : _____			
Facturer à :		Type de facturation « paiement privé » (Ont. : P; C.-B. : PP; règlement du patient au moment du prélèvement)		Sexe du patient : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	
Patient Last Name:		Prénom du patient :		Carte de santé :	
				Date de naissance : M M J J A A A A	
N° :	Rue :	Ville :	Prov. :	Code postal :	Téléphone du patient :
					() -
Courriel du patient :		<i>Si le médecin à l'origine de la réquisition autorise le patient à recevoir les résultats et les lettres récapitulatives, LifeLabs transmettra ces documents, de préférence, par courriel.</i>			
TEST DEMANDÉ					
<input type="checkbox"/> Consultation génétique + Analyse BRCA 1/2 (pour LL Genetics) – 600 \$ Délai : 4-6 semaines				N° ON-LL TC	Mnémonique
<input type="checkbox"/> Consultation génétique et panel de cancer héréditaires (pour LL Genetics) - \$729 Délai 4-6 sem				5501	BRCALL
Genes covered: APC, ATM, AXIN2, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDK4, CDKN2A, CHEK2, CTNNA1, DICER1, EPCAM, GREM1, HOXB13, KIT, MEN1, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NTHL1, PALB2, PDGFRA, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, SMAD4, SMARCA4, STK11, TP53, TSC1, TSC2, VHL				HCP	HCP
Date de prélèvement de l'échantillon	M M D D Y Y Y Y	Heure du prélèvement	H H M M	Nom du préleveur	
CONSENTEMENT AUX TESTS GÉNÉTIQUES					
<p>J'ai lu le formulaire d'information du patient. Je comprends que mon échantillon d'ADN à analyser sera envoyé à LifeLabs dans le cadre d'un test génétique. LifeLabs et Invitae ont conclu un accord de distribution liant mutuellement les deux parties et où les deux organisations respecteront toutes les dispositions législatives applicables. Invitae respecte les lois de confidentialité en vigueur aux États-Unis et LifeLabs Genetics respecte les lois en matière de vie privée en vigueur au Canada. LifeLabs transmettra uniquement les résultats du test au professionnel de la santé à l'origine de la réquisition ou au conseiller génétique concerné et au patient si l'autorisation a été préalablement obtenue. De plus, les résultats du test pourraient être transmis à ceux qui, par la loi, peuvent avoir accès à de telles données. Mon médecin m'a informé des maladies qui seront évaluées et leur fondement génétique. Je comprends l'importance de fournir des renseignements exacts au sujet des membres de ma famille, au risque de modifier l'issue des résultats. J'accepte que mon échantillon et que mes renseignements personnels en matière de santé soient envoyés à Invitae dans leur laboratoire au 1400 16th Street, San Francisco, CA 94103. Afin d'assurer la précision des tests, j'accepte que les résultats de mes tests génétiques précédemment réalisés par Invitae soient transmis à LifeLabs. Je comprends que LifeLabs communiquera avec moi pour obtenir un nouvel échantillon si l'échantillon initial ne permet pas de générer un résultat. J'accepte qu'une copie de mes résultats soit envoyée au médecin à l'origine de la réquisition. J'accepte également que pour chaque test réalisé par Centogene AG, une copie de mes résultats soit aussi envoyée à LifeLabs.</p> <p>1. Je comprends qu'une fois que le test a été réalisé, tout échantillon restant sera conservé au laboratoire chargé de l'analyse.</p> <p>2. J'accepte que mon échantillon anonymisé soit utilisé aux fins de développement de produit ou de recherche. Je comprends qu'aucune redevance ne me sera versée, aucun paiement résultant, bénéfices ou droits de quelques produits ou découvertes.</p> <p><input type="checkbox"/> Je refuse que mes échantillons restants ou que les données de mes résultats soient conservés ou utilisés aux fins de développement de produit ou de recherche. Veuillez détruire tout échantillon restant dès la production du rapport final. En cochant cette case, j'invalide les points 1 et 2 énoncés ci-dessus.</p> <p>Un conseil génétique pré et post test est inclus avec l'analyse BRCA 1 et 2 et le panel des cancers héréditaires. Un membre de l'équipe génétique vous contactera pour fixer ces rendez-vous. Nous recommandons fortement ces sessions de conseil génétique pour assurer une évaluation de risque approprié et une bonne compréhension des bénéfices et limites de l'analyse, des résultats et le suivi recommandé.</p> <p><input type="checkbox"/> Je décline le conseil génétique pré-test</p>					
Patient/Mandataire autorisé : Signature: _____ Date: _____ Nom en majuscule : _____ Lien avec la personne se soumettant au test : _____ <u>OU :</u> J'atteste que le patient ou son mandataire autorisé a consenti verbalement aux tests génétiques demandés Signature du médecin : _____ Date : _____					
** PHOTOCOPIER LA RÉQUISITION ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS **					

Méthodologie du test :	<input checked="" type="checkbox"/> ANALYSE COMPLÈTE - séquençage + analyse de délétion/duplication <input type="checkbox"/> Mutation familiale (rapport familial ci-joint O/N) Gène : _____ Mutation (HGVS) : _____															
Type d'échantillon:	<input type="checkbox"/> Sang (EDTA : 8-10 mL) <input type="checkbox"/> Salive (Oragene OG-510, disponible sur demande)															
Origine du patient :	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Juif ashkénaze</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Asiatique</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Noir/Africain</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Canadien français</td> <td><input type="checkbox"/> Hispanique</td> <td><input type="checkbox"/> Méditerranéen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autochtone</td> <td><input type="checkbox"/> Insulaire des îles du Pacifique</td> <td><input type="checkbox"/> Juif séfarade</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanc/Caucasien</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Autre - veuillez préciser : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Juif ashkénaze	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Noir/Africain	<input type="checkbox"/> Canadien français	<input type="checkbox"/> Hispanique	<input type="checkbox"/> Méditerranéen	<input type="checkbox"/> Autochtone	<input type="checkbox"/> Insulaire des îles du Pacifique	<input type="checkbox"/> Juif séfarade	<input type="checkbox"/> Blanc/Caucasien			<input type="checkbox"/> Autre - veuillez préciser : _____		
<input type="checkbox"/> Juif ashkénaze	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Noir/Africain														
<input type="checkbox"/> Canadien français	<input type="checkbox"/> Hispanique	<input type="checkbox"/> Méditerranéen														
<input type="checkbox"/> Autochtone	<input type="checkbox"/> Insulaire des îles du Pacifique	<input type="checkbox"/> Juif séfarade														
<input type="checkbox"/> Blanc/Caucasien																
<input type="checkbox"/> Autre - veuillez préciser : _____																
Raison pour l'analyse :	<input type="checkbox"/> **Histoire personnelle de cancer <input type="checkbox"/> **Histoire familiale de cancer <input type="checkbox"/> **Mutation familiale connue <input type="checkbox"/> Choix personnel <input type="checkbox"/> Autre **Veuillez remplir les détails additionnels dans la section d'information clinique plus bas.															
Informations cliniques :	Autres informations médicales sur le patient : Antécédents familiaux pertinents :															
Membres de la famille :	Est-ce que d'autres membres de la famille ont soumis des échantillons à LifeLabs pour des analyses génétiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom: _____ Relation au patient _____ D.D.N. (MM/JJ/ AAAA): _____															

**** PHOTOCOPIER LA RÉQUISITION ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS ****