Dynacare®
Genetics and Specialty Services

Dynacare – Formulaire d'orientation - Fertilité

Veuillez envoyer votre référence par télécopieur au 450-901-3076

Nous contacterons votre patient dans les 10 jours ouvrables suivant la réception du formulaire. Des directives lui seront données relativement à la prise d'un rendez-vous par téléphone/courriel. En cas de tout changement relatif aux données démographiques du patient, veuillez nous en aviser le plus tôt possible au : genetics@dynacare.ca.

☐ Votre patient accepte de recevoir des communications par courriel.

Coordonnée des patients

	Partenaire 1	Partenaire 2 (au besoin)
Nom du patient/de la patiente		
DDN (MM/JJ/AAAA)		
Sexe biologique à la naissance (H/F/Autre)		
Identité sexuelle (H/F/Non binaire/Autre)		
Numéro de la carte de santé		
Adresse		
Code postal		
Téléphone (Mobile)		
Courriel		

Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non Langue : _____

Médecin/prestataire de soins référant : _____

Adresse/Télécopieur/Téléphone de la clinique : _____

Numéro de facturation : _____ Email : _____

Motif de l'orientation

☐ Multiples fausses couches (n^bre de fausses couches : _____)

☐ Patiente ou partenaire avec grossesse antérieure affectée par une anomalie congénitale ou une autre maladie génétique

☐ Étiologie inconnue de l'infertilité

☐ Étiologie connue de l'infertilité

Facteur féminin :

- ☐ Aménorrhée primaire
- ☐ Carence ovarienne précoce
- ☐ Ménopause prématurée
- ☐ Âge maternel avancé

Facteur masculin :

- ☐ Azoospermie
- ☐ Oligoasthénotératozoospermie (OAT)
- ☐ Absence congénitale du canal déférent (CAVD)

☐ Résultats génétiques anormaux

- ☐ Caryotype/micro réseau ☐ X Fragile
- ☐ Microdélétion Y ☐ Mutation CFTR
- ☐ Autre _____

☐ Dépistage de porteur positif
Affection(s) : _____

☐ Antécédents personnels et/ou familiaux d'une affection connue :

Nom de la personne affectée : _____

Lien avec la patiente : _____

DDN (MM/JJ/AAAA) _____

☐ Dépistage lié au porteur/à l'ethnicité

☐ Consanguinité

☐ DGP/PGS (Veuillez inclure les résultats si possible)

Raison : _____

Autre : _____

Autres renseignements pertinents aux antécédent cliniques et/ou familiaux