Dynacare MD
Génétique et services spécialisés

Formulaire de référence – Cancer héréditaire

Veuillez envoyer votre référence par fax 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/SMS. 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.

Date de demande de référence (MM/JJ/AAAA) : _____

Coordonnées du patient

Nom de famille : _____

Prénom : _____

DDN (MM/JJ/AAAA) : _____

N° de la carte de santé : _____

Tel. (Mobile) : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Sexe biologique à la naissance : ____ Identité sexuelle : ____

Coordonnées du médecin/prestataire de soins de santé

Nom : _____

N° de tél. : _____

N° de téléc. : _____

N°de facturation : _____

Adresse : _____

Adresse courriel du prestataire de soins de santé : _____

Signature du prestataire de soins de santé : _____

Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non Langue : _____

Motif de référence (veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Référence accélérée/urgente :

- ☐ Le test génétique modifiera les décisions chirurgicales
- ☐ Date prévue de la chirurgie : _____
- ☐ Le test génétique affectera la planification thérapeutique (p. ex., inhibiteur PARP)
- ☐ Le patient est en soins palliatifs (**Veuillez stocker l'ADN immédiatement, si possible)

☐ Le patient référé a/a eu le cancer – Précisez le(s) type(s) de cancer et l'âge au(x) diagnostic(s) (**Veuillez joindre le(s) rapport(s) de pathologie : _____

Antécédents familiaux de cancer ☐ Oui ☐ Non

☐ Évaluations génétiques/tests génétiques précédents – Indiquez le nom de la clinique de génétique : _____

☐ Gène/Mutation [Veuillez joindre le(s) rapport(s)] :

☐ Mutation/Évaluation chez un apparenté, [Veuillez joindre le(s) rapport(s)] :

Lien avec le patient : _____

☐ Mutation/Évaluation du patient en question : _____

Antécédents personnels et/ou familiaux de cancer (veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent)

☐ Multiples cancers primitifs chez une personne

☐ **Sein**

- ☐ Femme ☐ Bilatéral
- ☐ Homme ☐ Triple cancer du sein négatif

☐ **Système hématologique/sanguin**

- ☐ Lymphome
- ☐ Leucémie
- ☐ Myélome multiple

☐ **Système neurologique/nerveux central**

- ☐ Glioblastome ☐ Astrocytome
- ☐ Méningiome ☐ Épendymome
- ☐ Médulloblastome ☐ Schwannome
- ☐ Gliome du nerf optique ☐ Hémangioblastome
- ☐ Tumeur pituitaire ☐ Neuroblastome
- ☐ Tumeur tératoïde/rhabdoïde atypique
- ☐ Tumeur maligne de la gaine des nerfs

Formulaire de référence – Cancer héréditaire

Antécédents personnels et/ou familiaux de cancer (veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent)

- ☐ **Système génito-urinaire**
  - ☐ Cancer de la prostate
    - ☐ Type métastatique/résistant à la castration/cribriforme/risque élevé
  - ☐ Cancer des testicules
  - ☐ Cancer de la vessie
  - ☐ Cancer des uretères et des bassinets du rein
  - ☐ Cancer de l'urètre
  - ☐ Cancer du rein
    - ☐ Papillaire ☐ Oncocytome
    - ☐ Chromophobe ☐ Cellules claires
- ☐ **Système gastro-intestinal**
  - ☐ Cancer du côlon
  - ☐ Cancer du petit intestin
  - ☐ Cancer gastrique :
    - ☐ Type diffus ☐ Type intestinal
  - ☐ Cancer des canaux biliaires
  - ☐ Adénocarcinome pancréatique
  - ☐ Tumeur(s) stromale(s) gastro-intestinale(s)
  - ☐ Polypes coliques :
    - ☐ >10 adénomes colorectaux cumulatifs
    - ☐ ≥2 polypes hamartomateux de type Peutz-Jeghers
    - ☐ ≥5 polypes juvéniles
    - ☐ >20 polypes dentelés
    - ☐ Autre(s) : _____
- ☐ **Peau**
  - ☐ Mélanome ☐ Mélanome uvéal
  - ☐ Carcinome basocellulaire ☐ Kératoacanthome
  - ☐ Adénome sébacé
- ☐ **Œil**
  - ☐ Rétinoblastome ☐ Mélanome uvéal
- ☐ **Système respiratoire/thoracique**
  - ☐ Cancer du poumon ☐ Thymome
  - ☐ Blastome pleuropulmonaire
- ☐ **Système musculosquelettique**
  - ☐ Cancer des os ☐ Rhabdomyosarcome
  - ☐ Sarcome d'Ewing ☐ Ostéosarcome
  - ☐ Sarcome des tissus mous
- ☐ **Système endocrinien et neuroendocrinien**
  - ☐ Carcinome adrénocortical ☐ Pancréatique
  - ☐ Cancer de la parathyroïde ☐ Phéochromocytome
  - ☐ Carcinoïde gastro-intestinal ☐ Paragangliome
  - ☐ Cancer de la thyroïde :
    - ☐ Papillaire ☐ Folliculaire ☐ Médullaire
- ☐ **Système gynécologique**
  - ☐ Cancer de l'utérus/endomètre
  - ☐ Cancer du col de l'utérus
  - ☐ Cancer de l'ovaire, du tube de Fallope, du péritoine
- ☐ **Autre(s)** (veuillez préciser): _____

Cancer en bas âge (diagnostiqué avant 50 ans)

Veuillez préciser le(s) cancer(s) et l'âge au(x) diagnostic(s) chez le patient et/ou le(s) membre(s) de la famille :

_____

Tests de tumeurs (déficience IHC, MSI élevée, déficience non-MMR IHC, variants de tumeur)

Type de tumeur : _____

Résultat (**Veuillez fournir une copie du rapport de pathologie/laboratoire) : _____

Autre indication

Veuillez fournir les détails :

Liste de contrôle de référence

Les documents suivants doivent accompagner le formulaire de référence

- ☐ Rapport de pathologie sur le diagnostic de cancer du patient
- ☐ Rapport de pathologie sur les coloscopies du patient
- ☐ Rapport de tests de dépistage de tumeurs/somatique
- ☐ Résultats des tests génétiques exécutés sur le patient et/ou un membre de la famille
- ☐ Lettre de consultation de la clinique de génétique et/ou arbre généalogique