Dynacare[MD]
Génétique et services spécialisés

Formulaire de référence pour un conseil en génétique - Général

Veuillez envoyer une référence par télécopieur à 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.

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) :

☐ Diagnostic personnel de : _____

L'état a été confirmé par des tests génétiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui,Gene : _____ Variante/Mutation : _____ [veuillez joindre le(s) rapport(s)]

☐ Variante/mutation identifiée chez un membre de la famille [veuillez joindre le(s) rapport(s)].

Gene : _____ Variante/Mutation : _____

☐ Préoccupation concernant des antécédents personnels/familiaux de : _____ (Nom de la Condition)

☐ Autre (veuillez décrire) :

Veuillez joindre toutes les notes cliniques, les informations sur les antécédents familiaux et les résultats des variantes/mutations familiales si vous les connaissez.