Dynacare®
Genetics and Specialty Services

Formulaire de référence pour un conseil génétique en cas d'hémoglobinopathie

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 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) & Email		
Type d'hémoglobinopathie:	☐ Alpha-thalassémie ☐ Beta-thalassémie ☐ Anémie falciforme ☐ Autre (préciser):	☐ Alpha-thalassémie ☐ Beta-thalassémie ☐ Anémie falciforme ☐ Autre (préciser):
Origine ethnique:		

Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non Langue : _____

Obligatoire avec chaque parrainage
(les deux partenaires, le cas échéant)

Résultats des tests standards :
- NFS
- Ferritine
- Électrophorèse de l'hémoglobine

Échographie(s) prénatale(s) (si disponible(s)

Un test génétique a-t-il été demandé ? ☐ Oui ☐ Non
- **Si oui, veuillez joindre des copies des rapports**

Renseignements sur la grossesse

GRAVIDA : _____

PAR A : _____

DDR AAAA/MM/JJ : _____

DPA AAAA/MM/JJ : _____

Raison de la référence

☐ **Statut de porteur** ☐ **Consultation préconceptionnell**
☐ **Conseils prénatals** ☐ **Personnes concernées**
☐ **Autre (préciser) :** _____

Médecin référent/prestataire de soins de santé

Médecin référent : _____

Conseiller en génétique/autre : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur & Email : _____

N°de facturation : _____

Signature du médecin/ prestataire de soins de santé : _____