

## Requête médicale pour le test Color

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  
Année / Mois / Jour

No. ass. médicale \_\_\_\_\_

Sexe  F  M

Adresse \_\_\_\_\_  
No Rue App.

\_\_\_\_\_ Ville Province Code postal

Tél. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Clinique \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
No Rue Bureau

\_\_\_\_\_ Ville Province Code postal

Tél. \_\_\_\_\_

Télec. \_\_\_\_\_

Télec. CC \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS DU TEST

Test Color de 30 gènes associés à un risque de cancer héréditaire

Veuillez communiquer avec le patient pour une session de conseil génétique avant de procéder au test

#### Raison pour l'analyse :

- Identifier le risque génétique pour les cancers héréditaires
- Détecter des mutations connues ou suspectées dans la famille. Veuillez envoyer le rapport de la personne porteuse si possible.

Type de cancer : \_\_\_\_\_

Gène affecté : \_\_\_\_\_

Mutation spécifique (si connue) : \_\_\_\_\_

Autre raison : \_\_\_\_\_

### SIGNATURE DU MÉDECIN

En complétant et soumettant cette requête médicale, j'atteste que je suis le médecin requérant ou que je suis autorisé sous les lois et règlements applicables à prescrire un test Color pour ce patient. J'atteste également que toute information inscrite sur cette requête ou que j'ai fournie au nom du patient est vraie et exacte au meilleur de ma connaissance et que le patient a consenti à recevoir des communications relatives au test Color de la part de Dynacare et Color. J'ai pleinement informé le patient sur l'objectif, les capacités et les limitations du test Color. Le patient a volontairement donné son plein consentement pour ce test et une copie signée de ce consentement sera soumise avec l'échantillon. Tout formulaire de Consentement éclairé du test Color que le patient accepte à une date ultérieure annulera et remplacera ce Consentement éclairé.

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ No de licence \_\_\_\_\_  
Année / Mois / Jour

### Instructions pour les patients

Si votre médecin n'a pas de trousse Color à son bureau, veuillez communiquer avec l'Assistance aux clients de Dynacare au **888.988.1888**. Nous vous expédierons une trousse à votre domicile pour prélever l'échantillon à votre convenance. Si vous désirez avoir de l'assistance pour le prélèvement, vous pouvez prendre rendez-vous avec l'un de nos techniciens médicaux spécialement formés qui viendra chez vous sans frais supplémentaires.\*

\*Selon la distance, des frais supplémentaires pourraient s'appliquer.

### Liste des documents à soumettre

Vous recevrez les documents suivants avec votre trousse. Veuillez vous assurer de les compléter, de les signer et de nous les retourner avec votre échantillon :

- Consentement éclairé pour l'analyse génétique, veuillez signer la dernière page
- Formulaire d'antécédents médicaux
- Formulaire de paiement, si applicable
- Cette Requête, signée par votre médecin