

# Prescription médicale

Nom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Conseil génétique

**Rencontre avec une conseillère en génétique. Ce service inclut :**

- Révision et évaluation des antécédents médicaux et familiaux
- Discussion de risques de maladies génétiques
- Explication des options de test génétique, de la pertinence à procéder à un test et des résultats possibles et leurs implications
- Remise d'une lettre sommaire au patient et au médecin

Raison du conseil génétique : \_\_\_\_\_

## Tests génétiques

**Test génétique et autorisation de communiquer les résultats au patient  
lors d'un conseil génétique inclus à la suite d'un test génétique pour :**

- Cancer héréditaire (ex. : sein, ovaire, colorectal, prostate)
- Maladie cardiaque héréditaire (ex. : hypercholestérolémie, cardiomyopathie hypertrophique, arythmie)
- Statut de porteur de maladies récessives et liées à l'X (ex. : fibrose kystique, X fragile)
- Autre maladie génétique (spécifiez la maladie ou le test) : \_\_\_\_\_

\* Un conseil génétique est recommandé avant tout test génétique.

**Antécédents médicaux ou familiaux pertinents :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin en lettres moulées : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_