



Informations sur les patients

Veillez inclure toutes les personnes qui devraient assister au rendez-vous :

	Nom	Date de naissance	Téléphone + adresse courriel	Dépistage de porteur fait (O/N)
Donneuse d'ovules dirigée				
Donneur de sperme dirigé				
Mère porteuse gestationnelle				
Conjoint de la mère porteuse gestationnelle				
Parent d'intention 1				
Parent d'intention 2				

Conseil génétique

Rencontre avec un-e conseiller-ère en génétique pour la raison suivante :

- Évaluation de risque génétique pour un donneur de spermatozoïde ou donneuse d'ovule potentiel(le)
- Utilisation d'un donneur de spermatozoïde ou donneuse d'ovule qui est porteur de maladie(s) génétique(s)
- Considère un dépistage génétique préimplantatoire (DPI-A, DPI-M ou DPI-SR)
- Individu avec des antécédents personnels ou familiaux de maladie génétique
- Considère un dépistage de porteur étendu en préconception
- Autre raison (spécifiez): _____

Tests génétiques

Autorisation de coordonner les tests et de communiquer les résultats au patient lors du conseil génétique de suivi (inclus avec les tests) :

- Dépistage de porteur étendu (statut de porteur de plusieurs maladies récessives et liées à l'X)
- Autre condition génétique (spécifier la condition ou le test) : _____

Antécédents médicaux ou familiaux pertinents :

Signature du médecin ou de l'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e : _____

Nom du médecin ou de l'IPS : _____ Numéro de permis : _____

Envoyer une copie du rapport au professionnel ou clinique : _____ Date : _____