



Ordonnance

conseil génétique et/ou test génétique

Patient

Nom : _____ Téléphone : _____

DDN : _____ Courriel : _____

☐ Conseil génétique

Rencontre avec un·e conseiller·ère en génétique

Ce service inclus :

- Révision et évaluation des antécédents médicaux et familiaux.
- Discussion sur les risques de maladies génétiques.
- Explication des options de dépistage, de la pertinence des tests, ainsi que des résultats possibles et de leurs implications.
- Remise d'une lettre de synthèse au patient et au médecin traitant.

Raison du conseil génétique : _____

☐ Test génétique*

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)

Commentaire : _____

*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 : _____