

## DEMANDE DE CONSULTATION – CONSEIL GÉNÉTIQUE



Veuillez envoyer le formulaire complété par fax au **403-220-2543** OU par courriel à [maya.binet@ucalgary.ca](mailto:maya.binet@ucalgary.ca) (cc: [gerald.pfeffer@ahs.ca](mailto:gerald.pfeffer@ahs.ca)), selon les modalités de votre établissement.

Médecin requérant	
Nom	
Lieu de la clinique	
Numéro de téléphone	Numéro de fax

Données démographiques du patient	
Nom complet	Patient informé de cette référence et y consent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de téléphone	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre _____

Motif de la demande <i>(veuillez inclure tous les renseignements cliniques pertinents)</i>

Antécédents familiaux pertinents

Documentation
Si un test génétique a déjà été réalisé, veuillez <u>envoyer le rapport des résultats par fax</u> , sinon la demande sera retournée.

Signature	Date (JJ-MM-AAAA)
-----------	-------------------