



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR ANALYSE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Date : _____
AAAA/MM/JJ

Je soussigné(e), _____, consens par la présente à participer à une analyse pour _____, utilisant un test d'ADN. Je permets le prélèvement d'échantillons biologiques sur moi-même/ mon enfant mineur, _____, devant être utilisés pour une analyse d'ADN pour la maladie mentionnée ci-haut.

Je comprends que :

1. Les résultats de cette analyse seront révisés par le professionnel médical du centre universitaire de santé McGill (CUSM) et seront rapportés que par un médecin, une conseillère en génétique ou autre professionnel génétique.
2. Il/elle m'a expliqué le test d'ADN et que son exactitude peut-être moins de 100%.
3. Une erreur dans le diagnostic de l'état de la maladie peut se produire si le lien biologique réel des membres de la famille, passant le test ne sont pas comme je l'ai indiqué. Par exemple, une non-paternité peut être détectée (c'est-à-dire, le nom du père mentionné d'une personne n'est pas le vrai père biologique).
4. Un diagnostic erroné chez un membre d'une famille peut aussi mener à un diagnostic inexact chez d'autres personnes parentes qui passent le test.
5. Les résultats du test sont pour mon utilité seulement, mais ces résultats peuvent être utilisés pour l'interprétation de résultats chez d'autres membres de ma famille sans que mon nom et identité ne soient mentionnés.
6. La participation à une analyse d'ADN est entièrement volontaire.

Cochez conformément

De plus, je comprends que mes résultats peuvent bénéficier autres membres de la famille et je donne / ne donne pas la permission de partager mon information génétique avec d'autres membres de la famille.

Si une technologie nouvelle appropriée devenait disponible, je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit utilisé dans le futur pour d'autres analyses pour la même condition ou d'autres conditions.

Je donne/ ne donne pas la permission pour que mon échantillon d'ADN / l'échantillon d'ADN de mon enfant soit anonymisé et utilisé comme échantillon de contrôle pour la même condition ou d'autres conditions.

Signature : _____

Date : _____
AAAA/MM/JJ

Témoïn : _____

Date : _____
AAAA/MM/JJ



INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR GENETIC TESTING

Date: _____
YYYY/MM/DD

I, the undersigned, _____, hereby agree to participate in testing for _____, using a DNA-based test. I give permission to collect biological samples from myself / my minor child, _____, to be used for DNA testing for the disease listed above.

I understand that:

1. The results of this testing will be reviewed by the health care professional staff of the McGill University Health Centre (MUHC) and *will be reported to me only through a physician, genetic counselor, or certified genetics professional.*
2. DNA testing has been explained to me and I understand that the accuracy of the test may be less than 100%.
3. An error in the diagnosis of disease status may occur if the true biological relationships of the family members being tested are different from what I have stated. For example, non-paternity may be detected (that is, the stated father of an individual is not the true biological father).
4. Any erroneous diagnosis in a family member may also lead to an incorrect diagnosis for other related individuals who are being tested.
5. The test results are for my use only, but these results may also be used in the interpretation of results for other members of my family without my name and identity being mentioned.
6. Participation in DNA testing is completely voluntary.

Check as appropriate

In addition, *I understand that my results may enable other family members to benefit from genetic testing.* I give / do not give my consent to share my genetic information with other family members.

Should appropriate new technology become available, I give/ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be used in the future for further testing for the same condition or other conditions.

I give/ do not give permission for my DNA sample/my child's DNA sample to be anonymized and used as a control sample for the same condition or other conditions.

Signature: _____

Date: _____
YYYY/MM/DD

Witnessed by: _____

Date: _____
YYYY/MM/DD

DEMANDE D'ANALYSE - GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Laboratoire Central de Diagnostic Moléculaire (CLIA #99D1042152)
OPTILAB-CUSM Génétique
1001 boul. Décarie, E05.5051
Montréal, QC, H4A 3J1, Canada
Tel: 514-934-1934 x23383 / x23298 Fax: 514-843-1661

Médecin prescripteur:

Nom, Prénom:*

Permis #:* Institution:*

Adresse:*

e-mail address:*

Tel: * Fax: *

(Fax pour envoi des résultats)

Conseiller(e)/Infirmier(e):

Tel: Fax:

Je certifie avoir expliqué au patient/tuteur la nature, les bénéfices, risques et limites des analyses demandées et confirme avoir obtenu son consentement éclairé autorisant ces analyses. J'autorise le laboratoire à télécopier les résultats au numéro indiqué ci-haut.

Signature: * Date: * / /

Échantillon:*

Date prélèvement - Heure: * / / à h min

Prélevé par (Nom, Prénom):*

2 x 4mL de sang (tube EDTA, bouchon violet) – 2mL pour nouveau-né

ADN: min 10 ug – Source: *

Liquide amniotique: min 10 mL

Amniocytes cultivés : 2 flacons T25 confluents

Prélèvement des villosités choriales (CVS): min 10 mg

CVS cultivées: 2 flacons T25 confluents

Tissu – Spécifier: *

Autre – Spécifier: *

SVP consulter notre répertoire pour les spécificités de l'analyse demandée: <https://cusm.ca/laboratoires-biologie-medicale>

Réservé au laboratoire:

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ÉCHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom:*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ):* / /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):*

RAMQ # :*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe: * Masculin Féminin Inconnu

Analyse demandée (écrire ci-dessous OU sélectionner choix en page 2 si plus d'une analyse est demandée):*

Indication:*

- Confirmation du diagnostic (*symptomatique*)
- Test de porteur (*cas non-atteint - atteintes récessives*)
- Test prédictif (*cas non-atteint - atteintes dominantes*)
- Diagnostic prénatal (*échantillon maternel requis*)
- Réponse médicamenteuse (*pharmacogénétique*)

Autre – Spécifier: *

Raison pour demande d'analyse accélérée (si applicable):

Grossesse (âge gestationnel: semaines le / /)

Autre raison – Spécifier: *

Analyse de variation familiale:

Joindre une copie du rapport du cas index. Si la variation a été testée par un autre laboratoire que le CMDL, un échantillon d'un membre de la famille chez qui la variation a été identifiée (un contrôle familial positif) est requis.

Gène (nomenclature HGNC): *

Variation(s) (nomenclature HGVS): *

Numéro de famille (CMDL): *

Nom du cas index: *

Lien de parenté avec le cas index: *

Arbre généalogique / Informations cliniques:

Dessiner ou joindre un arbre généalogique et inclure les informations cliniques pertinentes.

Origine ethnique: *

Liste de contrôle:*

- Échantillon étiqueté avec au moins deux identifiants*
- Formulaire de demande d'analyse (*ce document*)*
- Formulaire des critères d'éligibilité (*si applicable*)
- Formulaire de consentement*

***Informations requises. L'analyse ne sera pas effectuée si des informations sont manquantes.**

Réservé au laboratoire:

Date – heure de réception:

/ /

h min

ETIQUETTE DE L'ECHANTILLON ICI

Type et nombre de tubes:

Patient #:

Famille #:

ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI

Nom, Prénom:*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ):*

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):*

RAMQ # :*

*Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère*Sexe:* Masculin Féminin Inconnu**LISTE DES ANALYSES & MALADIES****SVP, n'utiliser cette page que si plus d'une analyse est demandée***Pour le diagnostic prénatal et l'analyse de variations familiales, compléter les informations en page 1 (section Analyse de variation familiale).***Syndrome d'Angelman / Prader-Willi**Phénotype: Angelman Prader-Willi Méthylation et analyse de délétions/duplications Disomie uniparentale 15 (*échantillons parentaux requis*)**Dépistage de porteur pour les juifs ashkénazes** Variations récurrentes de *HEXA, ASPA, IKBKAP* (maladie de Tay-Sachs, maladie de Canavan, dysautonomie familiale) Variation(s) familiale(s) connue(s)**Fibrose kystique et maladies liées à CFTR** Séquençage de *CFTR* Variation(s) familiale(s) connue(s)**Beta-hémoglobinopathies**Phénotype: HbS HbC HbE Autre: _____β-thalassémie: Majeure Intermédiaire Trait/Mineure Séquençage de *HBB* (*résultats hématologiques requis*) Variation(s) familiale(s) connue(s)**Cancer du sein et de l'ovaire héréditaire** Variations juives ashkénazes de *BRCA1, BRCA2* Variation(s) familiale(s) connue(s)**Déficit en hexosaminidase A (maladie de Tay-Sachs)** Séquence de *HEXA* (*résultats enzymatiques requis*) Variation(s) familiale(s) connue(s)**Dysplasie ectodermique hidrotique (syndrome de Clouston)** Séquençage de *GJB6* Variation(s) familiale(s) connue(s)**Maladie de Huntington** Expansion de triplets nucléotidiques de *HTT**Pour les confirmations du diagnostic clinique, SVP fournir les informations cliniques et l'histoire familiale. Pour les tests prédictifs, les patients doivent être référés par un service offrant du conseil génétique.***Infertilité masculine** Microdélétions du chromosome Y**Déficit en MCAD** Variation récurrente de *ACADM* (c.997A>G, p.Lys333Glu) Variation(s) familiale(s) connue(s)**Acidémie méthylmalonique** Séquençage de *MMACHC* Variation(s) familiale(s) connue(s) (gènes *MMACHC, LMBRD1, MMAA, MMAB, MCEE, CD320* et *MUT*)**Surdité** Séquençage de *GJB2*, délétions récurrentes de *GJB6* Variation(s) familiale(s) connue(s)**Déficit en PAH**Phénotype: PKU Hyperphénylalaninémie Séquençage de *PAH* Variation(s) familiale(s) connue(s)**Pharmacogénétique** Génotypage de *DPYD* (4 variations récurrentes) Variation(s) familiale(s) connue(s)**Pour le CUSM (Glen) seulement** Banque ADN (*Génétique Médicale seulement*) Banque ARN (*Génétique Médicale seulement*) Analyse de microsatellites: Contamination maternelle (*échantillon maternel requis*) Test de zygosity Test de concordance d'échantillons Autre test – Spécifier: _____*(SVP appeler le laboratoire pour information)*