Outil d’aide à la collecte d’informations familiales

génétique médicale

En vue de votre consultation, voici un questionnaire **facultatif** à remplir (au meilleur de vos connaissances et de celles de votre famille). Ce questionnaire vise à préciser les antécédents de maladies chez vous et chez votre famille. Lors de votre consultation en génétique, nous vous questionnerons sur votre propre santé et sur les antécédents de maladies dans votre famille, soit enfants, frères/sœurs, neveux/nièces, parents, oncles/tantes, cousin(e)s et grands-parents. Ces informations nous aideront à vous offrir l’évaluation génétique la plus précise possible.

Une fois complété, conservez votre questionnaire à portée de main; nous vous demanderons ces informations lors de votre rendez-vous.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. | Prénom Cliquez ici pour entrer du texte. |
| # de dossier CHUSCliquez ici pour entrer du texte. | Âge :Cliquez ici pour entrer du texte. |

# ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous déjà consulté en génétique? Oui  non

Si oui, à quel hôpital? : Cliquez ici pour entrer du texte.

Tests génétiques réalisés / résultat obtenu? : Cliquez ici pour entrer du texte.

Est-ce qu’un ou plusieurs membres de votre famille présentent ou ont présenté une condition de santé similaire à la vôtre? Oui  non

Si oui, à quels âges les symptômes se sont-ils manifestés? Cliquez ici pour entrer du texte.

Est-ce que la condition a progressé? Cliquez ici pour entrer du texte.

HISTOIRE FAMILIALE

Analyse génétique déjà réalisée chez un membre de la famille? Oui  non

* Si oui, est-ce que l’anomalie ou défaut génétique a été identifié? : Oui  non
* Veuillez indiquer la condition génétique, le syndrome associé ou le gène :

Cliquez ici et entrez du texte.

* Informations sur la personne testée : Choisissez un élément.

Prénom et nom.

Date de naissance

Les membres de votre famille

S’ils sont décédés, veuillez indiquer leur âge au décès.

Avez-vous des :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Filles? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun |
| Fils? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun. |
| Sœurs? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun. |
| Frères? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun. |
| Oncles? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun |
| Tantes? | Oui Non | Nombres | âge.de chacun. |
| Mère | Oui Non |  | âge.de chacun |
| Père | Oui Non |  | âge.de chacun. |
| Grands-parents maternels | Oui Non |  | âge.de chacun. |
| Grands-parents paternels | Oui Non |  | âge.de chacun. |

 Quelle est l’origine de vos familles paternelle/maternelle : Cliquez ici pour entrer du texte.

Y a-t-il présence de consanguinité dans la famille? Oui  non

Dans votre famille, y-a-t ’il :

|  |  |
| --- | --- |
| Retard de développement, autisme, déficience intellectuelle? | Oui  non |
| Malformations à la naissance? | Oui  non |
| Surdité ou perte de vision en jeune âge? | Oui  non |
| Décès subits ou en enfance? | Oui  non |
| Infertilité, fausses-couches répétées? | Oui  non |