Outil d’aide à la collecte d’informations familiales

génétique médicale - spécialité oncologie

En vue de votre consultation, voici un questionnaire **facultatif** à remplir (au meilleur de vos connaissances et de celles de vos apparentés). Ce questionnaire vise à préciser les antécédents de cancers chez vous et chez votre famille. Lors de votre consultation en génétique, nous vous questionnerons sur votre propre santé et sur les antécédents de cancers ou symptômes associés à des risques de cancers chez vos apparentés, 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.

Avez-vous déjà eu un diagnostic de cancer ou de polype? Oui  non

Organe : Phéochromocytome indiquez votre âge au diagnostic.

Organe : Choisissez un élément. indiquez votre âge au diagnostic.

Organe : Choisissez un élément. indiquez votre âge au diagnostic.

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

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. |

 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quel est l’âge ou à quel âge est décédée votre **mère**? | | Cliquez pour entrer du texte. |
| Tantes maternelles? | Oui Non | Nombres |
| Oncles maternels? | Oui Non | Nombres |
|  | | Origines des grands-parents |
| Âge ou âge au décès grand-mère maternelle | Cliquez pour entrer du texte. | Canadienne française  Région : indiquez la région.  Autre |
| Âge ou âge au décès grand-père maternel | Cliquez pour entrer du texte. | Canadienne française  Région : indiquez la région.  Autre |

 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quel est l’âge ou à quel âge est décédé votre **père**? | | Cliquez pour entrer du texte. |
| Tantes paternelles? | Oui Non | Nombres |
| Oncles paternels? | Oui Non | Nombres |
|  | | Origines des grands-parents |
| Âge ou âge au décès grand-mère paternelle | Cliquez pour entrer du texte. | Canadienne française  Région : indiquez la région.  Autre |
| Âge ou âge au décès grand-père paternel | Cliquez pour entrer du texte. | Canadienne française  Région : indiquez la région.  Autre |

### ANTÉCÉDENTS **MÉDICAUX** DANS LA FAMILLE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lien de parenté avec le patient | Côté maternel (M)  ou paternel (P) | Cancer /Polypes (site, nombre, pathologie) | Âge au diagnostic | Vivant (V) ou  Décédé (D) | Âge actuel ou âge du décès |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Cliquez ou pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. | Cliquez ici pour entrer du texte. |