



**DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE
MEDICAL GENETICS REFERRAL FORM**

*Utilisez formulaire FMU-1345 pour cancer héréditaire

*Use form FMU-1345 for hereditary cancer

Page 1 de / of 2

Télécopieur / Fax: 514-412-4296

Courriel / email: genetics@muhc.mcgill.ca

Poste/ mail : Département de génétique médicale

Centre universitaire de santé McGill

Bloc A Chambre A.04-3140

1001 Boul. Décarie, Montréal, Qc, H4A 3J1

Langage / Language Français / French Anglais / English

Autre / Other _____ Interprète / Interpreter

IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants

Referral will be returned if information is insufficient

*Critères de consultation à l'endos / Referral criteria on reverse side

Un manque d'information peut influencer la décision du triage

À considérer: dysmorphie, malformation, croissance/alimentation, développement, intellect, comportement, tissu conjonctif et/ou symptômes psychiatrique, endocrinologique, neuromusculaire, hématologique, immunitaire, dermatologique, squelettique.

Missing information can impact our triage decision

To consider: dysmorphism, malformation, growth/feeding, development, intellect, behaviour, connective tissue, skeletal and/or psychiatric, endocrinological, neuromuscular, hematologic, immune, dermatological symptoms.

Motifs de la demande et renseignements cliniques

Reason for request and clinical data

Cochez si applicable / Check if applicable

Demande urgente, noter la raison

If urgent note the reason

Grossesse en cours, noter DDM _____

If pregnant note LMP _____

Diagnostic confirmé, noter les détails

Confirmed diagnosis, note details

Maladie métabolique, noter pourquoi soupçonnée

Metabolic condition, note why suspected

Antécédents familiaux de la maladie de Huntington

Family history of Huntington disease

Dépistage juif ashkénaze

Ashkenazi jewish screening

■ Tests complétés avec rapport (si pas dans Oacis)/ Completed tests with copy of report (if not in OACIS)

aCGH _____ Autre test génétique / Other genetic test _____ Parents testés/ Parents tested Oui / Yes Non / No

■ Antécédents familiaux/ Family history Rien de significatif / Nothing significant Non disponible / Not available

Détails pertinents / Relevant details _____

*

► Patient/Parent est informé de cette référence et y consent ◀

Patient/Parent is aware of this referral and agrees to it

Oui / Yes Non / No

Médecin requérant/département/ Referring physician/department _____

N° de permis / License No. _____

Signature _____ Date (AAYY/MM/JD) _____

**CRITÈRES POUR DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE
CRITERIA FOR REFERRAL TO MEDICAL GENETICS**

(Notez qu'il y a des critères spécifiques pour demande pour cancer héréditaire - voir formulaire FMU-1345)
(Note that there are specific criteria for hereditary cancer referrals - see form FMU-1345)

IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants

Referrals will be returned if information is insufficient

*** Demande de consultation à l'endos / Referral form on reverse side**

Critères pour toute demande / For all referrals

- S'il vous plaît fournir tous les documents pertinents (pathologie, imagerie médicale, consultations, résultats de tests génétiques et/ou sanguin ...)
Please provide all relevant documentation (pathology, medical imaging, consults, genetic and/or blood test results ...)
- Nous ne pouvons pas accepter les demandes pour interprétation de résultat, en particulier pour variante(s) incertaine(s).
Exception : variante sur micro-puce, acceptée, si les résultats parentaux ne changent pas le résultat à "probablement bénin" (svp fournir les rapports).
We cannot accept referrals to interpret results, particularly when tests identify one or more variant of uncertain significance.
Exception: aCGH variants accepted, only if parental results do not change interpretation to "likely benign" (please provide reports)
- Notez que nous offrons des services de *Télésanté* / Note that we offer *Telehealth* services

Critères pour indications spécifiques / Criteria for specific indications:

Trouble dans le spectre autistique / Autism spectrum disorders

- Nous exigeons la confirmation du diagnostic. Veuillez inclure le rapport s'il n'est pas dans Oacis
We require confirmation of diagnosis. Please attach report if not in Oacis

Perte auditive / Hearing loss

- Perte *conductrice* acceptée seulement si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)
Conductive loss accepted only if a syndrome is suspected (note the reason on the referral)
- Perte *neurosensorielle unilatérale* acceptée si TDM (CT) anormale ou si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)
Unilateral sensorineural loss accepted if CT is abnormal or a syndrome is suspected (note the reason on the referral)
- Perte *neurosensorielle bilatérale* requière une copie du rapport audiologique (si pas dans Oacis); triage urgent si "candidat implant cochléaire" noté
Bilateral sensorineural loss requires copy of audiology report (if not in Oacis); triaged as urgent if "candidate for cochlear implant" noted

Syndrome de fièvre périodique / Periodic fever syndrome

- Accepté seulement du rhumatologue ou de l'immunologue
Only accepted if from rheumatologist or immunologist

Troubles du tissu conjonctif / Connective tissue disorders

- Veuillez consulter la cardiologie et l'ophtalmologie simultanément à la demande en médecine génétique
Cardiology and ophthalmology consultations should be arranged at same time of referral as medical genetics

Conditions psychiatriques / Psychiatric conditions

- Accepté s'il y a des antécédents familiaux importants et/ou problème d'apprentissage ou neurologique, maladie multi-systémique, imagerie ou examen physique anormal ou présentation atypique (ex: réponse anormale à la médication ou âge atypique)
Accepted if there is a strong family history and/or learning or neurological problems, multisystem involvement, unusual imaging/physical exam findings or atypical presentation (e.g. aberrant response to medication, atypical age of onset)

Dépistage juif ashkénaze / Ashkenazi jewish screening

- Pour plus d'informations, consultez le site / For more information, see the website:
<https://muhc.ca/med-genetics-ajprogram/profile/med-genetics-ajprogram>