

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Le présent formulaire nous aidera à évaluer si vous pourriez être davantage à risque d'être atteint d'un cancer en raison de vos antécédents familiaux. Veuillez remplir le présent formulaire du mieux que vous le pouvez. Si vous avez des doutes sur certains renseignements, veuillez fournir l'hypothèse la plus probable, selon vous, et préciser si vous pouvez ou non obtenir plus d'information. Si vous éprouvez de la difficulté à répondre au questionnaire ou désirez aborder la question du renvoi, veuillez communiquer avec nous au numéro ci-dessous.

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU :
Programme de cancer héréditaire, Clinique de génétique
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
401, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1
Téléphone : (613) 737-7600, poste2603 Télécopieur : (613) 738-4822

DES CONSEILS UTILES POUR RÉPONDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE :

- Lorsque vous remplirez ce formulaire, veuillez répondre aux questions au recto et au verso de la feuille.
- Lorsque vous inscrivez le nom d'un membre de votre parenté, assurez-vous d'écrire son nom de famille et son nom de famille à la naissance (entre parenthèses).
- S'il manque de la place pour inscrire tous vos parents, veuillez inscrire vos réponses sur une feuille distincte.
- Veuillez inclure tous les parents par le sang, peu importe s'ils ont été atteints ou non d'un cancer. **La dernière page demandera des renseignements précis sur vos proches atteints d'un cancer.**
- Si vous avez des demi-frères ou des demi-soeurs, veuillez préciser s'ils sont de la même mère ou du même père que la personne en question.
- Vous choisirez peut-être de consulter d'autres membres de la famille, au besoin, en vue d'obtenir l'information la plus juste.

VOTRE NOM		LA DATE D'AUJOURD'HUI	
DATE DE NAISSANCE		NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ	
MÉDECIN DE FAMILLE		MÉDECIN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
VOTRE ADRESSE			
VOS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	AU TRAVAIL	À LA MAISON	

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE : _____

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'un type quelconque de cancer?	OUI		NON	
Si OUI, veuillez inscrire le type, le traitement et l'hôpital				
Type de cancer/traitement	Date du diagnostic	Hôpital/Ville		

De quelle origine ethnique est votre famille? (p. ex., autochtone, anglaise, ashkénaze, etc.)	
Grand-mère maternelle	
Grand-père maternel	
Grand-mère paternelle	
Grand-père paternel	

Est-ce qu'un autre membre de votre famille a déjà été dirigé vers des services de consultation génétique ou de dépistage génétique?	OUI		NON		INCERTAIN	
Si oui, veuillez indiquer où :						

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE : _____

VOS ENFANTS

Nom au complet	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Si la personne est décédée, indiquez son âge et la cause du décès	Nbre d'enfants, p. ex., 2 M, 1 F

VOS FRÈRES ET SOEURS

Nom au complet	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Si la personne est décédée, indiquez son âge et la cause du décès	Nbre d'enfants, p. ex., 2 M, 1 F

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE : _____

LA FAMILLE DE VOTRE MÈRE

LE NOM AU COMPLET DE VOTRE MÈRE		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
NOM À LA NAISSANCE			
SI ELLE EST DÉCÉDÉE, INDIQUEZ SON ÂGE ET LA CAUSE DU DÉCÈS			
NOM DE LA MÈRE DE VOTRE MÈRE (GRAND-MÈRE MATERNELLE)		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
SI ELLE EST DÉCÉDÉE, INDIQUEZ SON ÂGE ET LA CAUSE DU DÉCÈS			
NOM DU PÈRE DE VOTRE MÈRE (GRAND-PÈRE MATERNEL)		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
S'IL EST DÉCÉDÉ, INDIQUEZ SON ÂGE ET LA CAUSE DU DÉCÈS			

LES FRÈRES ET SŒURS DE VOTRE MÈRE

Nom au complet	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Si la personne est décédée, indiquez son âge et la cause du décès	N ^{bre} d'enfants, p. ex., 2 M, 1 F

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE : _____

LA FAMILLE DE VOTRE PÈRE

LE NOM AU COMPLET DE VOTRE PÈRE		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
S'IL EST DÉCÉDÉ, INDIQUEZ SON ÂGE ET LA CAUSE DU DÉCÈS			
NOM AU COMPLET DE LA MÈRE DE VOTRE PÈRE (GRAND-MÈRE PATERNELLE)		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
SI ELLE EST DÉCÉDÉE, INDIQUEZ SON ÂGE ET LA CAUSE DU DÉCÈS			
NOM AU COMPLET DU PÈRE DE VOTRE PÈRE (GRAND-PÈRE PATERNEL)		DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
S'IL EST DÉCÉDÉ, INDIQUEZ LA CAUSE DU DÉCÈS			

LES FRÈRES ET SOEURS DE VOTRE PÈRE

Nom au complet	Sexe (M/F)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Si la personne est décédée, indiquez son âge et la cause du décès	N ^{bre} d'enfants p. ex.,. 2 M, 1F

NOM DU PATIENT/DE LA PATIENTE : _____

VOS PARENTS ATTEINTS D'UN CANCER (Ajoutez une feuille, au besoin)

VOS FRÈRES, SOEURS, FILS, FILLES, PETITS ENFANTS, NIÈCES, NEVEUX

Nom	DDN (jj/mm/aa)	Lien de parenté	Type de cancer	Âge - diagnostic	Hôpital/Ville - diagnostic	Si décédé(e), date du décès

LA PARENTÉ DU CÔTÉ DE VOTRE MÈRE (MÈRE, TANTES, ONCLES, GRANDS-PARENTS, COUSINS, AUTRE)

Nom	DDN (jj/mm/aa)	Lien de parenté	Type de cancer	Âge - Diagnostic	Hôpital/Ville - diagnostic	Si décédé(e), date du décès

LA PARENTÉ DU CÔTÉ DE VOTRE PÈRE (PÈRE, TANTES, ONCLES, GRANDS-PARENTS, COUSINS, AUTRE)

Nom	DDN (jj/mm/aa)	Lien de parenté	Type de cancer	Âge - Diagnostic	Hôpital/Ville - diagnostic	Si décédé(e), date du décès