



Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Questionnaire sur les antécédents familiaux

Veillez remplir le questionnaire ci-joint de votre mieux et retourner le questionnaire à la clinique par la poste ou par télécopieur **avant** votre rendez-vous.

Instructions

Les renseignements que vous fournirez en répondant à ce questionnaire nous permettront d'établir votre arbre généalogique. Avec un arbre généalogique détaillé, nous serons en mesure de vous fournir des renseignements plus précis. Veuillez tenir compte de ce qui suit lorsque vous répondrez au questionnaire :

1. Nous vous envoyons ce formulaire à l'avance au cas où vous auriez besoin de contacter des membres de votre famille pour répondre à certaines questions. Si vous nous retournez le formulaire **au moins une semaine avant** la date de votre rendez-vous, nous serons mieux préparés pour votre visite.
2. Il se peut que vous vous inquiétiez d'une grossesse présente ou future, même si toutes les naissances ont été normales dans votre famille. Dans ce cas, le **PATIENT** représente l'enfant qui résultera de votre grossesse présente ou future, la **MÈRE** est la future maman et le **PÈRE** désigne le futur papa.
3. Assurez-vous de lire le questionnaire au complet avant de répondre aux questions afin d'avoir une bonne idée des renseignements que vous devrez fournir. Veuillez noter que le questionnaire est imprimé recto-verso. Veuillez écrire lisiblement et fournir le plus de détails possibles.

Si vous éprouvez de la difficulté à remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la clinique.

Programme de génétique de l'est de l'Ontario
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (Clinique WC-2), 3^e étage
410, chemin Smyth
Ottawa (Ontario)
K1H 8L1

FAX: (613) 738-4220

TÉLÉPHONE : (613) 737-7600 poste 2275

UTILISATION PAR DEPARTEMENT SEULEMENT:

NO. DU DOSSIER: _____

MEDECIN / CONSEILLERE: _____



Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Questionnaire sur les antécédents familiaux

Veillez remplir ce formulaire autant que possible.

Si la personne envoyée à la Clinique de génétique est votre enfant, veuillez remplir ce formulaire de son point de vue (votre enfant est le PATIENT, et vous ajoutez vos renseignements comme parent). *Le masculin « Patient » sera utilisé pour simplifier le questionnaire.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRÉSENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)
Patient				

PARENTS et GRAND-PARENTS DU PATIENT

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ S'IL Y A LIEU TOUTE MALFORMATION PRÉSENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)
Mère du patient				
Père du patient				
Mère de la mère du patient				
Père de la mère du patient				
Mère du père du patient				
Père du père du patient				

FRÈRES et SŒURS DU PATIENT

(Veillez inscrire aussi les demi-frères et sœurs et indiquer si c'est de la même mère ou du même père)

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRÉSENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

ENFANTS DU PATIENT

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRÉSENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

ONCLES et TANTES DU PATIENT (du côté de la mère)

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRESENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

ONCLES et TANTES DU PATIENT (du côté du père)

	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRESENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

DANS CETTE SECTION, VEUILLEZ INSCRIRE LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE NON MENTIONNÉS CI-DESSUS QUI ONT UNE MALFORMATION PRESENTE A LA DE NAISSANCE, UN TROUBLE MÉDICAL OU UN TROUBLE SIMILAIRE AU VÔTRE (neveux, nièces, cousins, arrière-grands-parents, etc.)

PARENT	NOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	INDIQUEZ, S'IL Y A LIEU, TOUTE MALFORMATION PRESENTE A LA NAISSANCE OU TROUBLE MÉDICAL (Y COMPRIS UN RETARD DU DÉVELOPPEMENT, L'AUTISME OU UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

INSCRIVEZ ICI TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT IMPORTANT (p. ex: si un membre de votre famille a consulté une clinique de génétique ou subi un test génétique, etc.).
