

Programme de cancer héréditaire

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 (jj/mm/aaaa)	
DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)		NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ	
MÉDECIN DE FAMILLE		MÉDECIN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
VOTRE ADRESSE			
VOS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	À LA MAISON		AU TRAVAIL

Nom: _____

Programme de cancer héréditaire

QUESTIONNAIRE SUR LES 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

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
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:	Lieu:	Résultats des tests génétiques :	

Nom: _____

Programme de cancer héréditaire

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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: _____

Programme de cancer héréditaire

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

VOS PARENTS ATTEINTS D'UN CANCER (Ajoutez une feuille, au besoin)			
VOS FRÈRES, SOEURS, FILS, FILLES, PETITS ENFANTS, NIÈCES, NEVEUX			
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:

Nom: _____

Programme de cancer héréditaire

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

VOS PARENTS ATTEINTS D'UN CANCER (Ajoutez une feuille, au besoin)			
LA PARENTÉ DU CÔTÉ DE VOTRE MÈRE (MÈRE, TANTES, ONCLES, GRANDS-PARENTS, COUSINS, AUTRE)			
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:

Nom: _____

Programme de cancer héréditaire

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

VOS PARENTS ATTEINTS D'UN CANCER (Ajoutez une feuille, au besoin)			
LA PARENTÉ DU CÔTÉ DE VOTRE PÈRE (PÈRE, TANTES, ONCLES, GRANDS-PARENTS, COUSINS, AUTRE)			
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:
Nom:		DDN:	Lien de parenté
Type de cancer:	Âge – diagnostic:	Hôpital/Ville - diagnostic:	Si décédé(e), date du décès:

Nom: _____