

Pour Juno Genetics usage interne uniquement	Numéro de Juno Genetics	Date et heure de réception	Reçu par	Statut du dossier	Indiquer le motif du rejet
				<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Rejeté	

*\*Les sections marquées d'un astérisque (\*) doivent obligatoirement être remplies pour demander le test*

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE RÉFÉRENTE			
Clinique référente *		Clinicien référent *	
Courriel du clinicien *			

INFORMATIONS CLINIQUES SUR LES PATIENTES			
Nom/Prénom *		Date de naissance *	JJ/MM/AAAA
ID de la clinique *		Donneur de gamètes *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre : _____		
1°	Trouble génétique *		Gene *
			Mutation *
	OMIM#		OMIM#
	Statut génétique *		
<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé			
2°	Trouble génétique *		Gene *
			Mutation *
	OMIM#		OMIM#
	Statut génétique *		
<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé			

INFORMATIONS CLINIQUES SUR LES PATIENTS DE SEXE MASCULIN			
Nom/Prénom *		Date de naissance *	JJ/MM/AAAA
ID de la clinique *		Donneur de gamètes *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre : _____		
1°	Trouble génétique *		Gene *
			Mutation *
	OMIM#		OMIM#
	Statut génétique *		
<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé			
2°	Trouble génétique *		Gene *
			Mutation *
	OMIM#		OMIM#
	Statut génétique *		
<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé			

INFORMATIONS CLINIQUES SUR LES PATIENTS DE SEXE MASCULIN			
ID du donneur		Date de naissance	JJ/MM/AAAA
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal <input type="checkbox"/> ADN		Donneur de gamètes * <input type="checkbox"/> Oocytes <input type="checkbox"/> Sperme
1°	Trouble génétique *		Gene *
			Mutation *
	OMIM#		OMIM#
	Statut génétique *		
<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé			

## INFORMATIONS CLINIQUES SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE

(le cas échéant ; en cas d'ajout de membres de la famille, réutiliser cette page)

### 1<sup>o</sup> membre de la famille comme référence

Nom/Prénom *		Date de naissance *		JJ/MM/AAAA	
Genre *		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Type d'échantillon *		<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Relation avec <b>pré-embryons</b> pour PGT-M*		<input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Oncle/tante <input type="checkbox"/> Autres: _____		Sélectionnez une ou les deux options : <input type="checkbox"/> Affiliation maternelle <input type="checkbox"/> Affiliation paternelle	
1 <sup>o</sup>	Trouble génétique *		Gene *		Mutation *
	OMIM#		OMIM#		
	Statut génétique *				
	<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé				
2 <sup>o</sup>	Trouble génétique *		Gene *		Mutation *
	OMIM#		OMIM#		
	Statut génétique *				
	<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé				

### 2<sup>o</sup> membre de la famille comme référence

Nom/Prénom *		Date de naissance *		JJ/MM/AAAA	
Genre *		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Type d'échantillon *		<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/ buccale <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Relation avec <b>pré-embryons</b> pour PGT-M *		<input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Oncle/tante <input type="checkbox"/> Autres: _____		Sélectionnez une ou les deux options : <input type="checkbox"/> Affiliation maternelle <input type="checkbox"/> Affiliation paternelle	
1 <sup>o</sup>	Trouble génétique *		Gene *		Mutation *
	OMIM#		OMIM#		
	Statut génétique *				
	<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé				
2 <sup>o</sup>	Trouble génétique *		Gene *		Mutation *
	OMIM#		OMIM#		
	Statut génétique *				
	<input type="checkbox"/> Non affecté <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/> Affecté <input type="checkbox"/> Non testé				

### Professionnel de santé autorisé à demander le test prePGT-M

Je certifie qu'à ma connaissance, les informations cliniques et sur les patients fournies dans ce formulaire sont correctes. Sur la base de l'indication clinique et de mon expertise professionnelle, j'ai demandé ce test pour le(s) patient(s). Les limites du test, y compris le fait que le PGT-M n'est pas précis à 100 % et qu'un test prénatal est nécessaire pour confirmer le résultat du test pour toute grossesse obtenue après un PGT, ont été expliquées aux patientes et toutes les questions pertinentes ont reçu une réponse. J'accepte de fournir toute information supplémentaire demandée par Juno Genetics concernant ce test particulier.

Référent autorisé Signature *	Date *	JJ/MM/AAAA
-------------------------------	--------	------------