



Patient Information

First name:

Last name:

Date of Birth (YY-MM-DD):

Sex at birth: Male

Phone:

Email:

Home city, Province:

Preferred language: English

Reason for consultation: _____

Relevant medical and family history: _____



Genetic Risk Education

Consultation with a certified genetic counsellor, including:

- Medical and family history evaluation
- Disease risk discussion
- Consultation letter to the referring clinician



Genetic Results Review

Post-test review external genetic test results with a certified genetic counsellor, including:

- Medical and family history evaluation
- Discussion and explanation of results, disease risk and medical implications
- Consultation letter with medical management guidelines to the referring clinician
- Patient summary letter with interpretation, next steps, and resources



Genetic Risk Education & Test Facilitation

Full pre- and post-test genetic counselling and test coordination, including:

- Pre-test consultation (as outlined in *Genetic Risk Education*)
- Genetic test coordination
- Results review and disclosure
- Test report and summary letter (with management guidelines and resources) to patient and the referring clinician.

Clinical indication: _____

*By selecting this option, I acknowledge that I am the authorized provider and delegate both the **ordering of genetic testing** (next-generation sequencing for the clinical indication above) and the **disclosure of results** to Perle Genetiq, following pre-test counselling by a certified genetic counsellor. As the authorized ordering provider, I will receive the final results and potential medical implications, and I remain responsible for directing appropriate clinical follow-up based on these findings.*

Authorized provider signature:

Date:

Provider name:

License Number:

Clinic name:

Contact:



Information du patient

Prénom:

Nom:

Date de naissance (YY-MM-DD):

Sexe à la naissance: **Male**

Téléphone:

Courriel:

Ville, Province:

Langue: **Français**

Raison de consultation : _____

Antécédents médicaux et familiaux pertinents : _____

☐ Éducation risques génétiques

Consultation avec conseiller en génétique agréé, comprenant:

- Révision et évaluation des antécédents médicaux et familiaux
- Discussion du risque de maladie génétique
- Lettre de consultation remise au professionnel de la santé ayant orienté le patient

☐ Révision des résultats génétiques

Consultation avec un conseiller en génétique afin de réviser des résultats de tests génétiques externes, comprenant :

- Évaluation des antécédents médicaux et familiaux
- Discussion et explication des résultats génétiques, du risque de maladie et des implications médicales
- Lettre de consultation adressée au médecin traitant, comprenant les recommandations de prise en charge médicale
- Lettre de synthèse destinée au patient, comprenant l'explication des résultats, les étapes suivantes et les ressources disponibles

☐ Éducation sur les risques génétiques et coordination des tests génétiques

Prise en charge complète du conseil génétique avant et après le test, ainsi que la coordination des tests génétiques, comprenant :

- Consultation préalable au test (conformément à tel que décrit dans la section *Éducation risques génétiques*)
- Coordination du test génétique
- Révision et communication des résultats
- Rapport de test et lettre de synthèse (accompagnés les recommandations de prise en charge et les ressources pertinentes) remis au patient et au professionnel de la santé requérant.

Indication Clinique: _____

*En sélectionnant cette option, je reconnais être le professionnel autorisé et je délègue à Perle Genetiq la **prescription du test génétique** (séquençage de nouvelle génération [NGS] pour l'indication clinique susmentionnée) ainsi que la **communication des résultats**, à la suite d'un conseil génétique pré-test effectué par une conseillère ou un conseiller en génétique certifié. À titre de professionnel autorisé à prescrire le test, je recevrai les résultats finaux ainsi que les informations concernant leurs implications médicales potentielles. Je demeure responsable d'assurer et de diriger le suivi clinique approprié en fonction de ces résultats.*

Signature du professionnel autorisé :

Date:

Nom du professionnel :

Numéro de permis :

Clinique :

Coordonnées: