

Options de retour		
En personne	Par la poste	Par télécopieur
Génétique médicale CHEO 3 ^e étage, aile Max Keeping, clinique WC-2	Génétique CHEO 401, chemin Smyth Ottawa (Ontario) K1H 8L1	(613) 738-4220

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Troubles héréditaires des tissus conjonctifs

Coordonnées / Renseignements d'inscription (Veuillez remplir le questionnaire du mieux que vous le pouvez; ajoutez des feuilles additionnelles au besoin.):

Nom complet de la personne qui sera vue en consultation: (Prénom, second prénom et nom de famille):	Nom antérieur :	Date de naissance : (J/M/A)
--	------------------------	------------------------------------

Information sur la famille: Veuillez fournir les renseignements sur les membres de la famille de la personne aiguillée													
<p>Père (nom complet) :</p> <p>Date de naissance (jj/mm/aa):</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivant : âge Décédé à l'âge de</p> <p>Taille:</p> <p>Ascendance:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Européen</td> <td>Hispanique</td> </tr> <tr> <td>Canadien français</td> <td>Autochtone</td> </tr> <tr> <td>Moyen-Orient</td> <td>Juif ashkénaze</td> </tr> <tr> <td>Sud-asiatique</td> <td>Asiatique de l'Est</td> </tr> <tr> <td>Noir</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autre (précisez) :</td> </tr> </table>	Européen	Hispanique	Canadien français	Autochtone	Moyen-Orient	Juif ashkénaze	Sud-asiatique	Asiatique de l'Est	Noir		Autre (précisez) :		<p>Grand-père paternel (nom complet) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivant : âge Décédé à l'âge de</p> <p>Taille:</p> <p>Grand-mère paternel (nom) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivante : âge Décédée à l'âge de</p> <p>Taille:</p>
Européen	Hispanique												
Canadien français	Autochtone												
Moyen-Orient	Juif ashkénaze												
Sud-asiatique	Asiatique de l'Est												
Noir													
Autre (précisez) :													
<p>Mère (nom complet) :</p> <p>Date de naissance (jj/mm/aa):</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivant : âge Décédé à l'âge de</p> <p>Taille:</p> <p>Ascendance:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Européen</td> <td>Hispanique</td> </tr> <tr> <td>Canadien français</td> <td>Autochtone</td> </tr> <tr> <td>Moyen-Orient</td> <td>Juif ashkénaze</td> </tr> <tr> <td>Sud-asiatique</td> <td>Asiatique de l'Est</td> </tr> <tr> <td>Noir</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autre (précisez) :</td> </tr> </table>	Européen	Hispanique	Canadien français	Autochtone	Moyen-Orient	Juif ashkénaze	Sud-asiatique	Asiatique de l'Est	Noir		Autre (précisez) :		<p>Grand-père maternel (nom complet) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivant : âge Décédé à l'âge de</p> <p>Taille:</p> <p>Grand-mère maternel (nom) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Vivante : âge Décédée à l'âge de</p> <p>Taille :</p>
Européen	Hispanique												
Canadien français	Autochtone												
Moyen-Orient	Juif ashkénaze												
Sud-asiatique	Asiatique de l'Est												
Noir													
Autre (précisez) :													

TANTES ET ONCLES DU PATIENT (paternels)			
NOM (Prénom, second prénom et nom de famille):	SEXE (H/F)	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) ou âge approx.	INDIQUEZ TOUTE ANOMALIE CONGÉNITALE OU TOUT TROUBLE MÉDICAL (NOTAMMENT, RETARD DE DÉVELOPPEMENT, AUTISME ET/OU DÉFICIT INTELLECTUEL)

Pourquoi vous/votre enfant avez-vous été référé au Service de génétique (si la raison est connue)? Pour quelles questions ou préoccupations aimeriez-vous avoir une réponse durant votre consultation?

Veillez énumérer tous les problèmes de santé personnels (antérieurs ou présents) de la personne référé :

L'un ou l'autre des parents de la personne référé a-t-il déjà subi un échocardiogramme (échographie du cœur)? Le cas échéant, à quel hôpital ou à quelle clinique cet examen a-t-il été effectué? Quand a-t-il été effectué? Connaissez-vous les résultats?

Y a-t-il un membre de votre famille qui présente la même condition que pour laquelle vous/votre enfant avez été référé? Quel est le lien de parenté avec vous? (p. ex., frère ou sœur, parent, tante, oncle, grand-parent, etc.)

Un membre de votre famille a-t-il déjà été vu en génétique? Le cas échéant, 1) savez-vous à quel hôpital il a été vu et 2) décrivez pourquoi il a été vu :

Y a-t-il un membre de votre famille (frères, sœurs, enfants, parents, tantes, oncles et cousins) qui présente l'un ou l'autre des états suivants?	Non	Oui*	Famille de la mère	Famille du père	*Si oui, veuillez préciser ci-dessous :	
					Lien avec le patient	À quel âge?
<i>Exemple : surdité</i>		√	√		<i>Cousin: Fils de la sœur de la mère</i>	<i>À la naissance</i>
Rupture(s) de tendon(s)						
Affaissement pulmonaire (pneumothorax)						
Lentille de l'œil disloqué (ectopie du cristallin)						
Myopie grave						
Malformation du sternum (pectus)						
Courbature de la colonne (scoliose)						
Fente palatine						
Articulation disloquée ou hyperflexible (double articulation)						
Hanches disloquées à la naissance						
Pieds bots à la naissance						
Hernie						
Mauvaise cicatrisation des plaies						
Mort subite						
Dissection (rupture) d'un gros vaisseau sanguin (le cas échéant, précisez quel vaisseau sanguin)						
Chirurgie pour réparer un vaisseau sanguin						
Aorte trop grosse/Anévrisme aortique dans la poitrine						
Anévrisme aortique dans l'abdomen						
Anévrisme non aortique (p. ex., cerveau, autre)						
Accident vasculaire cérébral						
Crise cardiaque avant l'âge de 50 ans						
Maladie génétique (p. ex., syndrome de Marfan ou autre)						
Maladie rénale						
Autre						