



**DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE**  
**MEDICAL GENETICS REFERRAL FORM**

\*Utilisez formulaire FMU-1345 pour cancer héréditaire  
\*Use form FMU-1345 for hereditary cancer

Page 1 de / of 2

Télécopieur / Fax: 514-412-4296

Courriel / email: genetics@muhc.mcgill.ca

Poste/ mail : Département de génétique médicale

Centre universitaire de santé McGill

Bloc A Chambre A.04-3140

1001 Boul. Décarie, Montréal, Qc, H4A 3J1

Langage / Language  Français / French  Anglais / English

Autre / Other \_\_\_\_\_  Interprète / Interpreter

**IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants**

*Referral will be returned if information is insufficient*

\*Critères de consultation à l'endos / Referral criteria on reverse side

Un manque d'information peut influencer la décision du triage

À considérer : dysmorphie, malformation, croissance/alimentation, développement, intellect, comportement, tissu conjonctif et/ou symptômes psychiatrique, endocrinologique, neuromusculaire, hématologique, immunitaire, dermatologique, squelettique.

*Missing information can impact our triage decision*

To consider: *dysmorphism, malformation, growth/feeding, development, intellect, behaviour, connective tissue, skeletal and/or psychiatric, endocrinological, neuromuscular, hematologic, immune, dermatological symptoms.*

**Motifs de la demande et renseignements cliniques**

*Reason for request and clinical data*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cochez si applicable / Check if applicable**

- Demande urgente, noter la raison**  
*If urgent note the reason*
- Grossesse en cours, noter DDM \_\_\_\_\_**  
*If pregnant note LMP \_\_\_\_\_*
- Diagnostic confirmé, noter les détails**  
*Confirmed diagnosis, note details*
- Maladie métabolique, noter pourquoi soupçonnée**  
*Metabolic condition, note why suspected*
- Antécédents familiaux de la maladie de Huntington**  
*Family history of Huntington disease*
- Dépistage juif ashkénaze**  
*Ashkenazi jewish screening*

Tests complétés avec rapport (si pas dans Oacis)/ *Completed tests with copy of report (if not in OACIS)*

aCGH \_\_\_\_\_  Autre test génétique / *Other genetic test* \_\_\_\_\_ Parents testés/ *Parents tested*  Oui / *Yes*  Non / *No*

Antécédents familiaux/ *Family history*  Rien de significatif / *Nothing significant*  Non disponible / *Not available*

Détails pertinents / *Relevant details* \_\_\_\_\_

Médecin requérant/département/ *Referring physician/department* \_\_\_\_\_

N° de permis / *License No.* \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (AAYY/MM/JD) \_\_\_\_\_

**CRITÈRES POUR DEMANDE DE CONSULTATION EN GÉNÉTIQUE MÉDICALE  
CRITERIA FOR REFERRAL TO MEDICAL GENETICS**

(Notez qu'il y a des critères spécifiques pour demande pour cancer héréditaire - voir formulaire FMU-1345)  
(Note that there are specific criteria for hereditary cancer referrals - see form FMU-1345)

**IMPORTANT: La demande sera retournée si les renseignements sont insuffisants**

*Referrals will be returned if information is insufficient*

**\* Demande de consultation à l'endos / Referral form on reverse side**

**Critères pour toute demande / For all referrals**

- S'il vous plaît fournir tous les documents pertinents (pathologie, imagerie médicale, consultations, résultats de tests génétiques et/ou sanguin ...)  
*Please provide all relevant documentation (pathology, medical imaging, consults, genetic and/or blood test results ...)*
- Nous ne pouvons pas accepter les demandes pour interprétation de résultat, en particulier pour variante(s) incertaine(s).  
Exception : variante sur micro-puce, acceptée, si les résultats parentaux ne changent pas le résultat à "probablement bénin" (svp fournir les rapports).  
*We cannot accept referrals to interpret results, particularly when tests identify one or more variant of uncertain significance.*  
Exception: aCGH variants accepted, only if parental results do not change interpretation to "likely benign" (please provide reports)
- Notez que nous offrons des services de *Télésanté* / Note that we offer *Telehealth* services

**Critères pour indications spécifiques / Criteria for specific indications:**

**Trouble dans le spectre autistique / Autism spectrum disorders**

- Nous exigeons la confirmation du diagnostic. Veuillez inclure le rapport s'il n'est pas dans Oacis  
*We require confirmation of diagnosis. Please attach report if not in Oacis*

**Perte auditive / Hearing loss**

- Perte *conductrice* acceptée seulement si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)  
*Conductive loss accepted only if a syndrome is suspected (note the reason on the referral)*
- Perte *neurosensorielle unilatérale* acceptée si TDM (CT) anormale ou si un syndrome est soupçonné (noter la raison sur la demande)  
*Unilateral sensorineural loss accepted if CT is abnormal or a syndrome is suspected (note the reason on the referral)*
- Perte *neurosensorielle bilatérale* requière une copie du rapport audiologique (si pas dans Oacis); triage urgent si "candidat implant cochléaire" noté  
*Bilateral sensorineural loss requires copy of audiology report (if not in Oacis); triaged as urgent if "candidate for cochlear implant" noted*

**Syndrome de fièvre périodique / Periodic fever syndrome**

- Accepté seulement du rhumatologue ou de l'immunologue  
*Only accepted if from rheumatologist or immunologist*

**Troubles du tissu conjonctif / Connective tissue disorders**

- Veuillez consulter la cardiologie et l'ophtalmologie simultanément à la demande en médecine génétique  
*Cardiology and ophthalmology consultations should be arranged at same time of referral as medical genetics*

**Conditions psychiatriques / Psychiatric conditions**

- Accepté s'il y a des antécédents familiaux importants et/ou problème d'apprentissage ou neurologique, maladie multi-systémique, imagerie ou examen physique anormal ou présentation atypique (ex: réponse anormale à la médication ou âge atypique)  
*Accepted if there is a strong family history and/or learning or neurological problems, multisystem involvement, unusual imaging/physical exam findings or atypical presentation (e.g. aberrant response to medication, atypical age of onset)*

**Dépistage juif ashkénaze / Ashkenazi jewish screening**

- Pour plus d'informations, consultez le site / For more information, see the website:  
<https://muhc.ca/med-genetics-ajprogram/profile/med-genetics-ajprogram>